

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 6**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 6 A 72 MESES
ACOMPANHADAS NA ESF DE QUEIMADAS, NO MUNICÍPIO DE JAPI/RN**

Jennifer Sanzya Silva de Araújo

Pelotas, 2015

JENNIFER SANZYA SILVA DE ARAÚJO

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS DE 6 A 72 MESES
ACOMPANHADAS NA ESF DE QUEIMADAS, NO MUNICÍPIO DE JAPI/RN**

Trabalho de conclusão de curso apresentado
ao Programa de Pós Graduação em Saúde da
Família, Modalidade EaD, Universidade Aberta
do SUS – Universidade Federal de Pelotas,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Chandra Lima Maciel

Co-orientadora: Bruna de Freitas Côrrea

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

A658m Araújo, Jennifer Sanzya Silva de

Melhoria da atenção à saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses acompanhadas na ESF de Queimadas, no município de Japi\RN / Jennifer Sanzya Silva de Araújo; Chandra Lima Maciel, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

121 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Maciel, Chandra Lima, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho aos meus pais, que pelo apoio, carinho e compreensão com o tempo roubado da nossa convivência diária, me ajudam a construir os meus sonhos e a me tornar uma pessoa melhor a cada dia.

Agradecimentos

Muitos personagens estiveram envolvidos na concretização deste trabalho e à eles teço os meus agradecimentos.

À toda comunidade que faz parte do território adstrito pela Estratégia de Saúde da Família de Queimadas, do município de Japi/RN, por me receber de forma gentil e acolhedora, oferecendo subsídios para a construção e realização do projeto no âmbito da atenção à saúde da criança.

À equipe da Estratégia de Saúde da Família de Queimadas e à todas as outras equipes do município pelo apoio, amizade e colaboração na prática da intervenção e no cotidiano das atividades.

À gestão do município de Japi/RN, na pessoa de Rita de Cássia Alves da Penha Praxedes Ferreira, secretária municipal de saúde, pela confiança e entusiasmo com o projeto desde sua concepção.

Às orientadoras Chandra Lima Maciel e Bruna de Freitas Côrrea pela paciência, encorajamento e direcionamento durante toda a etapa do curso.

Ao professor Rafael Guerra Lund, apoiador pedagógico, pela parceria, disponibilidade, orientações e dedicação para a integração e construção do trabalho final.

E, claro, à toda equipe UFPel por me proporcionar esta experiência grandiosa, que trouxe frutos satisfatórios de sabedoria e engrandecimento à minha vida profissional e pessoal.

*Criar uma estratégia brilhante é fácil. O difícil é colocá-la em
prática [...].*

RamCharan, 2004

Lista de Figuras

Figura 1	Foto – Vista Frontal da UBS de Queimadas, na comunidade de mesmo nome, em Japi-RN.	15
Figura 2	Foto – Vista Frontal da UBS Quinado Pontes, na comunidade de Canoas, em Japi-RN	15
Figura 3	Foto - Criança diagnosticada com cárie precoce da infância e incluída no grupo de alto risco com necessidade de tratamento odontológico	71
Figura 4	Foto - Orientação às mães das crianças de puericultura adstritas na UBS de Queimadas sobre a primeira consulta odontológica programática em espaço escolar.	72
Figura 5	Foto - Acolhimento pela secretária de saúde municipal na capacitação em agravos de saúde bucal para todas as equipes de saúde da família do município de Japi\RN.	73
Figura 6	Foto - Capacitação em principais agravos em saúde bucal ministrada à todas as equipes de saúde da família do município de Japi\RN.	73
Figura 7	Foto - Parte das pessoas que compõem as equipes de saúde da família do município de Japi após capacitação em agravos de saúde bucal.	74
Figura 8	Foto - Atendimento clínico em uma casa abandonada próxima à UBS, na comunidade de Canoas.	76
Figura 9	Foto - Atendimento clínico na escola da comunidade de Queimadas.	76
Figura 10	Foto - Reconhecimento e gratidão à colaboração dos ACS'sa prática da intervenção.	77
Figura 11	Foto - Atendimento odontológico de criança proveniente de busca ativa na UBS Antônio Batista Barros, localizada na zona urbana de Japi\RN.	78

Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.	87
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com tratamento dentário concluído.	88
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico	89
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.	90
Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	92
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	93
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.	94
Figura 19	Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.	95
Figura 20	Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.	95
Figura 21	Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.	96
Figura 22	Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às consultas faltosas no programa de Saúde da Criança.	97
Figura 23	Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado.	98
Figura 24	Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco.	99
Figura 25	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.	100
Figura 26	Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas paramamar na primeira consulta	100
Figura 27	Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa	101

etária.

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
CD	Crescimento e Desenvolvimento
ESF	Estratégia de Saúde da Família
E-SUS	Sistema de coleta de dados da atenção básica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PN	Pré-Natal
Provab	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
DM	Diabetes Meliitus
CPO-D	Dentes cariados, perdidos e obturados

Sumário

Apresentação.....	13
1 Análise Situacional.....	14
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.....	14
1.2 Relatório da Análise Situacional	17
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	29
2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	32
2.2.1 Objetivo geral.....	32
2.2.2 Objetivos específicos.....	32
2.2.3 Metas.....	32
2.3 Metodologia.....	35
2.3.1 Ações (incluindo o detalhamento).....	35
2.3.2 Indicadores.....	61
2.3.3 Logística.....	66
2.3.4 Cronograma.....	69
3 Relatório da Intervenção.....	70
3.1 As ações previstas no projeto que forar desenvolvidas.....	70
3.2 As ações previstas no projeto que não forar desenvolvidas.....	81
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção,.....	84
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	85
4 Avaliação da intervenção.....	86

4.1 Resultados.....	86
4.2 Discussão.....	101
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	104
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	106
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	108
Bibliografia.....	110
Anexos.....	111
Anexo 1 Ficha espelho	
Anexo 2: Planilha de coleta de dados	
Anexo 3: Documento do Comitê de Ética	
Apêndices	
Apêndice 1: Ficha espelho de Saúde Bucal	

Resumo

ARAÚJO, Jennifer Sanzya Silva de. **Melhoria da atenção à saúde Bucal de crianças de 6 a 72 meses acompanhadas na ESF de Queimadas, no município de Japi/RN.** 2015. 121f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância, assim, ações voltadas a melhoria da atenção à saúde bucal assumem uma grande importância na garantia de um crescimento e desenvolvimento saudáveis. O presente trabalho teve como objetivo implantar a avaliação de saúde bucal em crianças de 6 a 72 meses acompanhadas na puericultura e qualificar o programa de Saúde da Criança na ESF de Queimadas, no município de Japi/RN. Foi realizada uma Intervenção durante 12 semanas, a qual foi precedida de algumas etapas, como a análise estratégica, onde foram traçados os objetivos e metas a serem alcançados. Foram realizadas ações nos quatro eixos pedagógicos, a saber: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, no intuito de ampliar a cobertura do programa, melhorar a qualidade da assistência prestada, melhoria da adesão, registros, avaliação de risco e promoção à saúde. Para coleta dos dados foram utilizadas fichas-espelhos na área da odontologia, enfermagem e medicina, e a sistematização e construção dos gráficos foi feita em planilha eletrônica. Os resultados da intervenção em saúde bucal mostraram que de 87 crianças cadastradas, 41 tiveram a sua primeira consulta odontológica programática (47.1%) durante o período de intervenção; 29.3% apresentaram necessidade de tratamento odontológico; 100% tiveram seus registros atualizados; e 100% tiveram orientações sobre higiene oral, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, e prevenção de oclusopatias. Os resultados na intervenção da enfermagem e medicina exibiram que 76.2% das crianças entre 0 e 72 meses estavam inscritas no programa da unidade de saúde; 75.8% da faixa etária de 6 a 24 meses realizavam suplementação de ferro; e 52.5% apresentaram regularidade no monitoramento do crescimento e desenvolvimento, na vacinação, na triagem auditiva, no teste de pezinho, na atualização dos registros, na avaliação de risco, foram colocadas para mamar na primeira consulta e receberam adequadamente orientações sobre prevenção de acidentes na infância e nutricionais. Concluindo, a intervenção na área de saúde da criança promoveu uma mudança na dinâmica da equipe, integração das atividades no âmbito multiprofissional, favorecendo a prevenção e o engajamento público.

Palavras-chaves: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Prevenção; Saúde Bucal.

Apresentação

O presente estudo trata do trabalho de conclusão do curso da especialização em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas e tem como pretensão apresentar a concepção, planejamento, prática e resultados obtidos a partir da intervenção no âmbito da saúde na atenção primária.

O foco da intervenção escolhido baseou-se na integração da saúde bucal dentro das consultas de puericultura, cujo objetivo foi o de melhorar a atenção à saúde da criança de 6a 72 meses que residem na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Queimadas no município de Japi, localizado no estado do Rio Grande do Norte.

Este trabalho está dividido em cinco partes sendo elas: 1 - Análise situacional, onde são abordadas as atividades realizadas na ESF de Queimadas, sua estrutura física, recursos humanos e processo de trabalho; 2 – Análise estratégica: onde foi realizado o planejamento para intervenção e definido os objetivos, metas, indicadores e ações; 3 – Relatório da intervenção: momento dedicado a analisar o trabalho realizado, refletindo as conquistas, as dificuldades encontradas, as ações que poderiam ter sido melhor concretizadas e como a atividade poderá ser eficientemente incorporada à rotina do serviço; 4 – Avaliação da intervenção: onde realizou-se a análise dos dados obtidos, de forma quantitativa e qualitativa, e foram elaborados relatórios aos gestores e à comunidade acerca do produto da intervenção e 5 – Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: levando em consideração as expectativas iniciais da intervenção e o que de mais relevante foi conquistado através da intervenção, no âmbito profissional e pess

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Texto inicial sobre a situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.

A zona rural do município de Japi, de acordo com o último levantamento feito pela enfermeira da equipe, tem 709 famílias residentes, com um total de 1927 pessoas. Essas pessoas estão distribuídas por 07 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que um deles afastado.

Os atendimentos desta Estratégia de Saúde da Família(ESF) acontecem em três Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma na comunidade chamada de Queimadas (*Figura 1*), outro na comunidade Canoas (*Figura 2*) e também na UBS Antônio Batista Barros, localizada no centro da zona urbana. Isto se justifica pela localização geográfica das moradias, ou seja, as pessoas que moram na zona rural, porém estão geograficamente mais próximas à UBS Antônio Batista Barros, tem seus atendimentos em um dia por semana nesta Unidade com a equipe da zona rural. Para o restante, os atendimentos do médico, cirurgião-dentista e enfermeira acontecem em dias específicos da semana nas Unidades rurais citadas acima.

Dessa forma, apesar da UBS da zona urbana também suprir de forma estrutural a ESF da zona rural, não vou me deter a ela em detalhes, contudo, cito que ela possui 01 consultório odontológico, 01 consultório médico, 01 consultório da enfermagem, 01 banheiro, 01 copa, 01 sala de triagem e sala de espera, mas não possui sala de esterilização e nem de curativos – os pacientes são encaminhados para o Hospital do município, situado ao lado desta UBS para receber este tipo de cuidado.



Figura 1. Vista frontal da UBS de Queimadas, na comunidade de mesmo nome, em Japi-RN.



Figura 2. Vista frontal da UBS Quinado Pontes, na comunidade de Canoas, em Japi-RN.

Quanto às UBS's das comunidades de Canoas e Queimadas, ambas possuem uma estrutura bem simples, com uma sala de espera estreita, 01 banheiro, 01 consultório pequeno para a enfermeira, 01 consultório para o médico que apresenta continuação com o consultório odontológico, sendo os dois separados apenas por uma divisória de madeira improvisada. O espaço de todas as salas é bastante reduzido, sem ar condicionado, com pouca ventilação e presença do compressor odontológico dentro do ambiente. Por causa do pequeno espaço, o médico e o cirurgião-dentista não atendem no mesmo dia, e alguns dos atendimentos da enfermagem também acabam tendo que acontecer em dias diferentes do atendimento da medicina.

Isto, no meu ponto de vista, é uma situação que foi sendo levada ao longo do tempo e que nem o gestor e nem os profissionais tomaram medidas enérgicas pra mudar. Essa população há muito já merecia ter uma UBS com espaço físico e condições de trabalho dignos.

Os atendimentos acontecem apenas uma vez por semana em cada comunidade e também na UBS da zona urbana. É pouco, mas são comunidades distantes (Queimadas, por exemplo, fica a 30 km de distância do centro de Japi), onde os profissionais sofrem, algumas vezes, com a falta de transporte cedido pela Prefeitura, além da falta de estrutura que se encontra lá para trabalhar, seja na ausência de ambientes apropriados quanto na de climatização adequada, o que torna o atendimento cotidiano estressante e cansativo.

Dessa maneira, são organizados muitos usuários para um turno de atendimento, o que torna ainda mais exaustivo o trabalho nestas comunidades. No caso da Odontologia, são agendados 10 pacientes para uma tarde. Uma tarde muito quente, vale salientar. Mas essa grande quantidade é aceito pelo profissional porque é um atendimento único por semana. E então é uma cadeia de problemas, em que tudo se inicia na estrutura física e na organização do município com os transportes.

No caso da relação com a comunidade, só realizei atendimentos até este momentona UBS Quinado Pontes, localizada em Canoas, e na UBS da zona urbana, ou seja, ainda não conheci Queimadas. Mas, pela percepção inicial que tive no município como um todo, vejo que é uma população bem carente, tanto de recursos financeiros quanto de conscientização dos próprios direitos, tendo em vista

a forma como agradecem ao fim da consulta, exaltando o profissional como um prestador de favor.

Enfim, é uma população que desconhece os seus direitos e que são passivos ao que lhes é oferecida, já que apesar de constatarem a problemática jamais lutaram por melhorias nas estruturas físicas de suas unidades de saúde.

1.2. Relatório da Análise Situacional

Situação de saúde do município de Japi

O município de Japi está situado no interior do Rio Grande do Norte, distante 142 km da capital do Estado, Natal, e faz divisa com a Paraíba. Com uma população atual de 5.401 pessoas, conta com 03 ESF – 02 na zona urbana e 01 na zona rural, sendo que está última possui duas UBS. Além destas, o município ainda possui um posto de saúde que funciona em uma comunidade da zona rural, denominada de “Casinhas”, onde há atendimento médico e da enfermagem, mas não está inserida dentro da ESF.

O sistema de saúde de Japi é organizado com as ESF's como suporte básico e uma Unidade Mista que funciona como atendimento de urgência e emergência, com médicos e enfermeiros plantonistas. A maioria das situações de maior relevância e com risco de morte, tais como suspeita de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e infarto agudo do miocárdio, acidentes automobilísticos, quedas com probabilidade de fratura ou grandes lacerações, parto e condições clínicas que necessitam de cirurgias de pequeno a grande porte, entre outras, são encaminhados aos hospitais “Hospital Regional Aluizio Bezerra” e “Hospital Universitário Ana Bezerra” na cidade de Santa Cruz (pólo regional) ou para os hospitais “Hospital Regional Deoclécio Marques de Lucena”, situado no município de Parnamirim, na Grande Natal e para o “Hospital Regional Walfredo Gurgel”, em Natal. Além disso, o município não tem vínculo com nenhuma instituição de ensino e não possui um Centro de Especialidade Odontológica (CEO) próprio ou em consórcio com outro município – a referência para alguns casos de especialidade em Odontologia faz-se para o Departamento de Odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte localizado na capital do Estado.

O fato é que qualquer condição que venha a necessitar de exames complementares é encaminhada para estes hospitais supracitados. Dessa forma, o município lança mão de viagens diárias com a população para atendimentos de urgência, emergência, consultas de rotina, hemodiálise e acompanhamentos para as mais diversas especialidades dentro da cidade do Natal. A prefeitura dispõe para essa finalidade de 03 carros de passeio, duas ambulâncias de pequeno porte e uma van.

Dentro do município, a população pode contar com os atendimentos de psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, ultrassonografia (uma vez por semana), farmácia e análise laboratorial de exames de rotina. Para outro tipo de atenção especializada, a população procura a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e agenda o exame ou a consulta que necessita, estando estes já prescritos ou encaminhados pelo médico/ enfermeira da UBS.

Atualmente Japi está em processo de cadastramento de profissionais para uma equipe NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) que foi credenciada recentemente.

Estratégia de Saúde da Família de Queimadas

Trazendo a situação de saúde do município para um contexto menor, cito a ESF em estudo, que é na zona rural e possui duas UBS's para realização das atividades, uma na comunidade de Canoas e outra na de Queimadas. Ambas bem distantes uma da outra fisicamente, mas que atua a mesma equipe, composta por um médico da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista (na verdade dois, já que o PROVAB dentro deste município não veio para preencher uma vaga aberta em nenhuma ESF), um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de Serviços Gerais e seis ACS.

A equipe da zona rural faz um atendimento semanal em cada UBS citada e também lança mão de um atendimento semanal em uma das UBS da zona urbana para a população "rururbana", que é aquela adstrita da zona rural, mas está mais próxima geograficamente da zona urbana.

A UBS de Canoas, chamada de Quinado Pontes e a UBS de Queimadas possuem a mesma estrutura física. Estas UBS's possuem uma sala de espera

estreita que serve como recepção na entrada do prédio, onde ficam alguns bancos e um bebedouro. Ao lado existe um banheiro dos usuários que é também compartilhado pelos profissionais. Após a entrada (sala de espera), existe um espaço único, de aproximadamente 18m², que é dividido por uma divisória de madeira. O primeiro ambiente, assim que passa a porta de entrada, é o consultório médico, em que existe uma mesa, uma cadeira com uma maca ao lado para exame clínico e o armário do material odontológico. Após a divisória, existe o consultório odontológico com um equipo, uma pia para lavagem de material, um compressor – dentro do ambiente – e uma mesa auxiliar para organização do material. Em uma sala ao lado está o consultório da enfermagem com uma maca e um foco de luz usado para os preventivos. A ventilação, assim como no consultório médico-odontológico fica por conta de uma única janela de madeira.

Como a UBS não apresenta farmácia, sala de vacina, sala de esterilização e sala de curativos, muitos dos serviços que poderiam ser oferecidos aos usuários dentro de um único espaço físico, acaba sendo fragmentado para uma das UBS's da Zona Urbana e para a Unidade Mista do município, conhecido como Hospital. As vacinas, por exemplo, são transportadas sempre para cada UBS em um transporte térmico nos dias e horários específicos para vacinação. Da mesma forma funciona com o material esterilizado e o contaminado que fica nessa ida e vinda pela auxiliar de saúde bucal e técnica de enfermagem, porque as UBS's não contam com uma autoclave. Como não existe uma sala de curativos, este procedimento nunca é realizado na Unidade, então não existe instrumental próprio para sutura, nem para a remoção de pontos ou para pequenas cirurgias.

Por causa do espaço reduzido, médico e cirurgião-dentista não atendem no mesmo dia, e alguns dos atendimentos da enfermagem também tem que acontecer em dias diferentes do atendimento da medicina, pois é incompatível tanto pela falta de privacidade e barulho quanto pelo espaço para acomodar os pacientes na sala de espera. Além disso, a insalubridade é visível com o ruído do compressor ao lado do equipo, o calor pela falta de uma climatização, o espaço pequeno e a má organização e acomodação do material por causa da ausência de uma sala de esterilização – os instrumentais e insumos sempre vão e vem da UBS da zona urbana a cada atendimento clínico.

Organizar o ambiente na lógica da salubridade e privacidade é o ponto-chave da melhoria. Já foi realizada a solicitação de um ar-condicionado junto à Secretaria Municipal de Saúde, no entanto, este é só o mínimo desafio, afinal, toda a estrutura física é problemática.

Apesar de todos os problemas estruturais e de recursos da UBS de Queimadas, as atribuições dos profissionais dentro da UBS são em sua maior parte condizentes com o proposto pelo Ministério da Saúde (MS) em sua portaria 2488/11. Cada um realiza bem suas funções clínicas e atividades educativas, assim como a atualização do mapeamento da área adstrita, integralizando e monitorando as ações, e atuando com equidade dentro dos grupos mais necessitados.

No entanto, uma das atribuições comuns a todos os profissionais, que é “promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social” não é evidenciada na prática. Em um município onde interesses políticos imperam e que todo e qualquer tipo de reivindicação ou incitação à mudanças não são vistas com bons olhos, os profissionais acabam se resguardando frente à situações que possam colocá-los em meio a disputas políticas.

A enfermeira de Queimadas é a responsável pela territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe juntamente com os ACS. É ela quem conhece a área como ninguém e estabelece ações nesta comunidade há 3 anos. Não que a participação do médico seja reduzida a atendimentos clínicos, mas é evidente que a UBS só é definida como uma verdadeira integrante da ESF por causa das inúmeras atividades da enfermagem.

Estas ações vão desde a mobilização da equipe para reuniões e planejamento, busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, até ir pessoalmente de casa em casa nas épocas de campanha de vacinação para se atingir às metas propostas. E, no final do mês é a enfermeira quem ainda responde pelas estatísticas de todos os profissionais. Além, é claro, de ser o “chefe” para resolver todos os problemas do dia-a-dia da UBS e questões específicas dos usuários.

Mesmo que as atribuições da UBS sejam de todos os profissionais, é bem evidente que a participação do médico dentro da equipe ainda tem o enfoque de

caráter técnico e curador, deixando para o restante dos profissionais os trabalhos de educação em saúde. É uma atitude que perpetua ainda na maioria dos municípios e que é incentivada pela gestão que busca resolutividade clínica no tempo estreito que o profissional da medicina esteja atuando na Unidade.

Esta visão técnica é bem notada dentro da qualificação profissional, pois estas sempre são de caráter uniprofissional, em que cada um procura por conta própria atualização privada em suas áreas de preferência, estabelecendo dentro das UBS's profissionais que se distanciam cada vez mais do "generalismo" para a "especialidade". Assunto este bem debatido nas aulas, congressos e convenções de Saúde Coletiva.

Outra falha notada diz respeito ao atendimento domiciliar, que deveria ser uma atividade semanal na agenda da equipe, porém, acontece apenas em alguns casos selecionados e quando necessário. Não é rotina das UBS's do município oferecerem curativos, nebulização, orientações em saúde, aferição de pressão, consultas clínicas, entrega de medicamentos, aplicação de medicações, vacinação (apenas em busca ativa nas épocas de campanhas), fisioterapia, coleta de exames e coleta ou troca de sonda. E por que não ocorre especificamente na ESF de Queimadas? Porque as comunidades são extremamente afastadas umas das outras, com acesso difícil e pouca disponibilidade de transporte, então este aspecto, de suma importância dentro da ESF, acaba ficando relegado a situações pontuais.

Então, existir neste caso particular, dois cirurgiões-dentistas (o colega que já atua e, agora eu) dentro de uma mesma equipe de Saúde da Família nos oferece a chance de reforçarmos a parte de educação em saúde sem desassistir o atendimento clínico, nos dando condições de conhecermos melhor a nossa área e realizarmos plenamente as atribuições do cirurgião-dentista dentro da ESF. Também temos a oportunidade de gerenciar os trabalhos da equipe e interligarmos as ações com a enfermagem-medicina de uma forma mais ampla e complementar.

Quanto à população adstrita, a ESF de Queimadas atualizou recentemente as informações, informando uma abrangência de 1.927 pessoas. O perfil demográfico sugere que aproximadamente 40% desta população é do sexo feminino, existindo cerca de 40 crianças menores de um ano de idade, 96 pessoas acima dos 60 anos de idade residentes na área e acompanhadas na UBS, e 21 gestantes.

A maior dificuldade desta área não está no total da população que ela abrange, mas sim na distância física entre as comunidades, que têm seus atendimentos em 03 UBS's, sobrecarregando as atividades dos profissionais e não proporcionando uma organização lógica e acolhedora do serviço.

O acolhimento em uma UBS que atende comunidades distantes da zona rural, em áreas longínquas e de difícil acesso tem que trabalhar na lógica de que sempre os pacientes da demanda espontânea têm que ser atendidos. É regra geral na ESF de Queimadas, todo paciente que chega para ser atendido não pode voltar para casa sem atendimento, mesmo que passe do horário de trabalho ou superlote a Unidade. Há também uma estratégia utilizada pela enfermeira, os dias de atendimento dos grupos especiais são sempre fixos, ou seja, há 3 anos ela mantém o mesmo esquema de atendimento mensal para que os pacientes que moram o mais longe possível sempre saibam que naquele dia está havendo atendimento para tal grupo, facilitando sempre para o usuário que mora onde a informação não chega. Este é um bom exemplo de posicionamento ético-situacional, em que o profissional entende as características da sua demanda e cria um vínculo com os seus usuários.

Assim, o acolhimento da demanda espontânea acontece na recepção com a escuta do paciente pelo recepcionista, que é uma pessoa da própria comunidade, e então é direcionado à enfermagem antes de chegar ao médico, ou no caso do atendimento odontológico, passa pela recepção e pela auxiliar do cirurgião-dentista. Em casos graves e imediatos, que não possam ser tratados dentro da Unidade, pois como citado anteriormente, a estrutura não oferece muitas possibilidades, este paciente é encaminhado imediatamente à Unidade Mista do município.

A respeito da cobertura das consultas de puericultura, os indicadores mostram que a qualidade da atenção não está como preconizada pelo Ministério da Saúde, pois se observa que nem todas as consultas estão em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; existe crianças em atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias; encontra-se crianças que não realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias de vida e não ocorre na UBS teste do pezinho e triagem auditiva, pois estes exames acontecem na maternidade do Hospital Universitário Ana Bezerra, na cidade de Santa Cruz, que é o local de referência para os partos das gestantes de Japi.

Contudo, é preciso entender como funciona o esquema de atendimentos de CD (Crescimento e Desenvolvimento) dentro das UBS's. Embora o Ministério da Saúde recomende sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário, esta recomendação somente é seguida à risca até o 2º ano de vida. A partir dos 24 meses de idade, as mães passam a ser instruídas a procurarem a UBS em caso de alguma dúvida ou se notarem que o seu filho está apresentando algum problema no crescimento ou desenvolvimento normal. Aproximadamente 68 crianças entre 0 a 7 anos de idade têm acompanhamento de puericultura nesta ESF.

Estas mães já sabem, assim como toda a população desta ESF, que os CD's ocorrem sempre na primeira semana de cada mês. Este esquema não muda, para que toda e qualquer pessoa de algum sítio distante tenha essa informação.

Por conseguinte, os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança nesta ESF seriam ampliar os dias de trabalho em cada UBS, pois cada UBS desta ESF conta com 01 dia apenas por mês para o CD. Seria uma solução para que todas as crianças pudessem ter as suas consultas fielmente agendadas em cada período, com conforto e tranquilidade para toda a equipe, contando com o trabalho multiprofissional, porém isto esbarra em problemas enraizados como o cronograma mensal apertado e a péssima estrutura física.

A equipe responsável pela puericultura restringe-se ao médico, à enfermeira e à técnica de enfermagem que cumprem o protocolo do MS (não existe um protocolo específico da ESF) com vacinação e monitoramento do crescimento e desenvolvimento através de medições e pesagens até, geralmente, os 7 anos de vida. E, dessa forma, é possível verificar que nenhuma criança teve avaliação odontológica antes do primeiro ano de vida, assim, no que diz respeito particularmente à Odontologia, esta atenção pode ser instituída, com orientações às mães das crianças durante as consultas de CD. Esta ação é diferente das consultas do pré-natal em que o foco neste caso é a saúde bucal do bebê.

Esta atividade ainda não existe dentro desta ESF e é de extrema importância quando nos referimos à prevenção e educação em saúde bucal, pois tão importante quanto identificar e prevenir possíveis problemas de desenvolvimento físico e psicológico da criança é também essencial levar em consideração aspectos da odontologia para bebês, como erupção dos dentes decíduos, crescimento das estruturas faciais, instalação de hábitos deletérios, acompanhamento nutricional e higiene bucal.

É preciso que a atenção à saúde da criança seja feita de forma integral, abordando todas as áreas para que o crescimento e desenvolvimento aconteçam satisfatoriamente, visto que de nada adianta uma criança aos 2 anos esteja bem com os seus índices de C e D, mas apresente cárie rampante da infância, que tem grande influência no âmbito microbiológico, nutricional e social.

O pré-natal (PN) na UBS de Queimadas acontece em um dia na segunda semana do mês, e como já dito a respeito dos atendimentos de puericultura, este esquema não muda para facilitar o acesso da população distante à UBS. Durante a manhã de pré-natal, a enfermeira, a técnica de enfermagem e o médico realizam o atendimento apenas com as gestantes, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. A demanda é sempre agendada após cada atendimento, sendo que as gestantes de primeira consulta têm seu agendamento feito pelo seu Agente Comunitário de Saúde.

Os indicadores de qualidade do PN avaliados presentes no Caderno de Ação Programática (CAP), mostra que nesta ESF o pré-natal está acontecendo em conformidade com o preconizado pelo Ministério da Saúde no que diz respeito às orientações de aleitamento materno exclusivo e prescrição de suplementação de sulfato ferroso, no entanto deixou a desejar quanto à vacinação contra Hepatite B e Tétano. Este dado pode significar que algumas destas mulheres já tenham a sua vacinação em dia ou que demonstraram algum tipo de resistência, pois a grande maioria das mulheres foi vacinada com as duas vacinas (78% - Tétano e 83% - Hepatite B), o que significa que a conduta está sendo realizada normalmente.

A respeito da cobertura de consultas de puerpério, que envolve o período de até 42 dias após o parto, elas ocorrem normalmente com consultas domiciliares ou

dentro da própria UBS quando a gestante retorna da Unidade Hospitalar, que fica no município vizinho.

Os indicadores da qualidade da atenção ao puerpério são excelentes, pois quase todos os quesitos estão em 100% de conformidade. O exame ginecológico é feito pela enfermeira assim como o exame das mamas. Quanto à avaliação do estado psíquico, estas pacientes são encaminhadas ao acompanhamento psicológico quando o médico constata alguma anormalidade ou esta é constatada por algum membro da família.

Os aspectos do processo de trabalho que definitivamente melhorariam a atenção ao pré-natal e puerpério seria o cuidado odontológico mais intensivo, com consultas regulares durante o pré-natal e o acompanhamento do cirurgião-dentista à enfermeira e ao médico durante a visita puerperal. Definitivamente esta é a ação que falta para ampliar a cobertura e tornar a ação definitivamente multiprofissional.

A prevenção do câncer de colo de útero e de mama acontece em consultas com a enfermeira onde é realizado o exame citopatológico, assim como exame das mamas e do ânus. No momento que este exame retorna, a usuária é recebida pela enfermeira para interpretação, prescrição e condutas apropriadas, assim como o médico também é responsável pela monitoração dos resultados colhidos nesta UBS e o encaminhamento para atenção secundária, quando indicado. A coleta e condutas destes profissionais seguem o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

O tipo de rastreamento utilizado na UBS de Queimadas é tanto oportunístico quanto organizado e, acontece em um dia na terceira semana de cada mês, dentro da logística organizacional mensal da equipe. É importante frisar que as ações de gestão, organização, controle, avaliação e monitoramento das ações de prevenção do câncer de colo de útero e de mama ficam como responsabilidade quase que exclusiva da enfermeira da equipe, a qual realiza reuniões e produz os relatórios cabíveis.

A partir da observação do Caderno de Ações Programáticas, podemos avaliar que a cobertura da prevenção do câncer de colo de útero está muito ruim, pois nota-se que apenas 55% do total de mulheres residentes na área com idade entre 25 e

64 anos faz acompanhamento na UBS. Quanto aos indicadores da qualidade do serviço, é evidente a baixa produtividade desse serviço com apenas 77% dos exames citopatológicos em dia e uma enorme proporção de 44% com exames atrasados em mais de 6 meses. Estes valores são condizentes com uma problemática do município no que concerne ao retorno dos exames citopatológicos e de mama. Dos exames realizados em 2013, 33 mulheres aguardam desde setembro os resultados, e estes se somam aos 55 exames realizados de janeiro a abril deste ano de 2014, totalizando 88 mulheres que aguardam seus exames.

As amostras são enviadas para um laboratório na capital do Estado, assim como as amostras de outros municípios, o que superlota o serviço do laboratório, revelando-se numa situação bem estressante para o município. Esta situação já foi discutida e rediscutida junto com a Secretaria de Saúde, mas sem solução até agora. Dessa maneira, as mulheres acabam rejeitando a ação e não procuram a UBS para realizar os exames e quando procuradas, muitas delas se negam. Assim, a enfermeira tenta estimular a realização do exame, mas é bastante compreensível o descrédito das pacientes em relação à ação.

Da mesma forma ocorre com os exames de mamografia, que o CAP bem evidencia a baixa cobertura, e a má qualidade do serviço através do baixo número de mamografias em dia e o grande percentual (73%) de mulheres com mais de 3 meses em atraso também justificado pelo número reduzido de mamografias que o município realiza por mês (são liberadas apenas 3 pela Secretaria Estadual de Saúde, uma para cada UBS), que é um número insatisfatório para atender a demanda, além da demora no retorno do resultado do exame – algumas mulheres estão na fila de espera há 2 anos. Dentro da UBS, os exames clínicos das mamas são realizados pela enfermeira e é ela quem faz a solicitação de mamografias e as orientações de auto-exame.

Com isso, é evidente que o processo de trabalho de prevenção do câncer de colo de útero e de mama poderia ser melhorado tanto em qualidade quanto em cobertura, na medida em que o problema nos retornos dos resultados desses exames fosse solucionado. É preciso o empenho máximo dos gestores para encontrar uma solução, pois esta situação, na teoria, provoca um colapso nas

estatísticas e, na prática, é uma roleta russa com a condição de saúde das mulheres do município.

Quanto à assistência aos hipertensos, os indicadores revelam uma baixa qualidade na atenção, tendo em vista que não há dados a respeito da estratificação quanto ao risco cardiovascular por critério clínico e sobre avaliação nutricional e de saúde bucal. Além disso, apenas 77% da população foi orientada sobre prática regular de exercícios físicos e somente 64% estão com seus exames complementares periódicos em dia.

Com relação aos portadores da Diabetes Mellitus (DM), não há dados também sobre o número de pacientes com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, nem sobre exame físico e de sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, nem a respeito de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, e nem sobre avaliação de saúde bucal. Dos 14 diabéticos, 5 estão com os seus exames complementares em atraso. Tudo isto revela também baixíssima qualidade da atenção.

A grande questão dessa problemática é o processo de trabalho dentro dessa UBS que é reduzido em apenas dois dias semanais (um para o cirurgião-dentista e enfermeira e outro para o médico e a enfermeira) com horário apertado por causa do transporte e da grande distância, além de uma grande demanda carente. É uma situação que dificulta o âmbito multiprofissional, as ações educativas e a unificação dos dados.

Assim, para ampliar a cobertura e a qualidade da atenção, é preciso que as consultas desses pacientes sejam feitas de forma multiprofissional com atenção da nutrição, educação física e odontologia de maneira integral, valorizando a educação e promoção em saúde, tornando a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e DM condições clínicas que devem ser tratadas e controladas com atitudes saudáveis e não apenas com medicação, de forma sistemática, sem levar em consideração as individualidades e modos de vida.

A respeito da atenção à saúde da pessoa idosa, é fato afirmar que não existe um dia específico para ser feito, pois cada ação, como já demonstrado nas atividades anteriores, tem sua semana específica, sendo na terça-feira na UBS de

Queimadas, na quarta-feira em Canoas e na quinta-feira na UBS do Centro. Sendo assim, a saúde da pessoa idosa acaba sendo incluída junto com outros atendimentos, onde o foco principal são as imunizações e os atendimentos clínicos – em que são feitas orientações de atividades físicas e nutricionais generalizadas, protocoladas pelo Ministério da Saúde, em que os profissionais responsáveis por estas ações são o médico e a enfermeira. As atividades em grupo ocorrem esporadicamente com a presença da educadora física e o acompanhamento nutricional acontece apenas com os pacientes encaminhados pela UBS.

A estimativa do número de idosos residentes na área é de 209, porém apenas 96 pessoas estão cadastradas na área, isto significa 46% da estimativa e evidencia a realidade deficiente nos registros e na procura ativa pelos ACS's, que são os responsáveis por trazer estas pessoas até a UBS quando elas não procuram por espontânea vontade.

Outro detalhe importante é que a atenção domiciliar é muito deficiente dentro desta ESF. Por motivos diversos, seja acessibilidade, fornecimento de transporte ou logística de horário já que tratamos de 3UBS's, esta ação não acontece de forma satisfatória e isso se reflete na avaliação da cobertura e da qualidade. Apesar de todos os idosos cobertos pela UBS ter sua Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e sua avaliação multidimensional rápida, apenas 33% (32 pessoas) estão com seu acompanhamento em dia; 85% teve avaliação de risco para morbimortalidade e também para investigação de indicadores de fragilização na velhice; 25% teve orientação nutricional para hábitos alimentares; 28% orientação para atividade física regular e 36% tiveram avaliação da saúde bucal.

A partir destas informações, é importante frisar dois aspectos observados: o primeiro é que nota-se o baixo percentual dos pacientes com orientação nutricional – formal pela nutricionista – e isto é consequência de que a grande maioria dos pacientes encaminhados à nutrição são apenas aqueles com HAS (31 pessoas) e DM (17 pessoas); outra observação é que os percentuais com avaliação pela equipe de saúde são por aqueles usuários que procuram espontaneamente a consulta odontológica – dificilmente estes pacientes são encaminhados pela equipe médico/enfermeira e nas atividades em grupo com os idosos nunca se gesticulam com a equipe de saúde bucal por achar que a nossa função é exclusivamente

atender no consultório. Esquece-se que a Odontologia pode dar uma grande colaboração nessas atividades conversando sobre câncer de boca, autoexame, cuidados com a prótese etc. Enfim, o trabalho nunca é multidisciplinar.

Dessa forma, alguns aspectos do processo de trabalho que poderiam melhorar a cobertura e qualidade da atenção seriam: 1) tornar a ação dos idosos uma atividade de caráter multidisciplinar com visitas periódicas da nutricionista, fisioterapeuta, educadora física, assistente social e psicólogo dentro da UBS; 2) realizar com frequência atividades multidisciplinares que envolvam os idosos e os motivem para o auto-cuidado; 3) tornar atividade rotineira o acompanhamento domiciliar aos idosos acamados ou com alguma dificuldade de locomoção – e não apenas nos casos de imunizações para se alcançar metas; e 4) organizar na agenda de atendimentos uma semana exclusiva para os atendimentos aos idosos – é uma questão imprescindível para exaltar a qualidade da atenção.

1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

“A questão aqui é plantar a semente da inquietação, a curiosidade e o auto-cuidado (...) é fundamental para evoluirmos demanda, melhorarmos estatísticas, reduzirmos custos em saúde pública e criarmos adultos mais saudáveis no futuro. É preciso que o usuário olhe pra si, para a situação de saúde em seu meio de convívio e se coloque como co-autor. Este é o ponto de partida”.

O texto citado acima foi escrito por mim na segunda semana de ambientação e ainda reflete os mesmos pensamentos após dois meses de análise situacional. A situação que encontrei em nada mudou após os questionários ou conversas com a equipe, pois se trata de uma questão enraizada que detém de problemas estruturais de longos anos e que não envolve apenas o processo de trabalho, mas situações políticas que favoreçam mudança física.

Acredito que após este tempo de análise situacional passei a visualizar com mais compreensão as discordâncias que acontecem dentro desta ESF no que diz respeito ao preconizado pelo Ministério da Saúde, passando a aceitar o que não posso mudar e procurando meios de contornar os problemas ao redor.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1. Justificativa

O Ministério da Saúde, através do seu Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, lançado em 2012 e com respaldo na literatura, recomenda que a primeira consulta odontológica do bebê seja feita entre o nascimento do primeiro dente (geralmente aos 6 meses) e os 12 meses de idade (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2003). Crianças que são levadas ao cirurgião-dentista até o primeiro ano de vida apresentam menores chances de receber tratamento odontológico emergencial e de fazer consultas odontológicas de urgência ao longo da infância (KRAMER *et al.*, 2008). Estas afirmações sustentam a importância da ação programática de avaliação de saúde bucal nas crianças que fazem acompanhamento de puericultura.

A Estratégia de Saúde da Família de Queimadas, localizada na zona rural de Japi, é composta por uma equipe com um médico da família, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, dois cirurgiões-dentistas (um deles sendo “provabiano”), uma auxiliar de consultório dentário, uma Auxiliar de Serviços Gerais e 6 Agentes Comunitários de Saúde. Esta equipe é responsável por uma população de 1.927 pessoas e se organiza para realizar o trabalho quatro dias por semana em três Unidades Básicas de Saúde. Destas, uma é localizada na comunidade rural de Canoas, denominada de Quinado Pontes, outra na de Queimadas – que leva o mesmo nome da comunidade, e na UBS Antônio Batista Barros, que faz parte da zona urbana. As UBS's das comunidades apresentam duas salas de atendimento clínico (uma para a enfermagem e outra para os atendimentos médicos e do cirurgião-dentista), um banheiro e uma recepção. Além disso, existe uma pequena estrutura na comunidade rural de Casinhas, em que são feitos atendimentos clínicos pelo médico e enfermeira.

A ação programática de realizar avaliação de saúde bucal nas crianças em acompanhamento de puericultura, de 6 a 72 meses, prevê primeira consulta odontológica programática em cerca de 90 crianças que realizam consultas de “Crescimento e Desenvolvimento”, além de orientação nutricional, de prevenção de má-oclusões e de higiene bucal. Esta ação não ocorre nesta ESF e por isso, até então, apenas as mães dos escolares de 5 a 6 anos de idade, que é a época de aparecimento dos primeiros molares permanentes, é que costumam procurar atendimento odontológico agendado - e quando a procura ocorre em idade mais precoce é em caso de urgência por odontalgia. Sendo assim, todo tipo de ação de educação em saúde é voltada para os escolares com palestras e orientações apenas dentro do ambiente escolar.

Levando em consideração que o problema maior das UBS's é o espaço físico onde o cirurgião-dentista não tem como compartilhar com o médico ao mesmo tempo por causa da fina barreira física de madeira que separa os dois consultórios dentro da mesma sala e, como sempre há atendimento médico clínico em dia de acompanhamento de puericultura, o aspecto que viabiliza esta ação é a possibilidade de reunir as crianças nos dias em que estas já estão na UBS para o atendimento de CD, além da facilidade de se realizar a avaliação fora do consultório odontológico - as salas de aula das escolas que ficam próximas às UBS's atendem a esta necessidade.

Dessa forma, é de extrema importância a implementação desta ação e que ela possa repercutir e tornar-se rotina dentro desta ESF e das outras para que possamos melhorar a saúde bucal da nova geração, construir bons hábitos comunitários que possam ser repassados e melhorar futuramente os índices de dentes cariados, perdido e obturados (CPO-D) do município.

A equipe já começou a se envolver com o apoio da enfermeira e dos ACS no intuito de orientar as mães para aderirem à intervenção, pois a partir de agora as crianças em acompanhamento de puericultura também terão avaliação de saúde bucal. E, para integralizar as ações, objetivos e metas propostos pela planilha ministerial de Saúde da Criança com ênfase em ações da medicina e enfermagem, estas também serão incluídos dentro deste projeto.

2.2. Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Implantar a avaliação de saúde bucal em crianças de 6 a 72 meses acompanhadas na puericultura da área de abrangência da ESF de Queimadas e qualificar o programa de Saúde da Criança.

2.2.2 Objetivos específicos

- Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança;
- Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança;
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- Promover a saúde das crianças.

2.2.3 Metas

Metas propostas para a avaliação da intervenção em saúde bucal:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses residentes na área e que estão inscritas no programa Saúde da Criança nas Unidades de Saúde da ESF de Queimadas, Japi/RN;

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa de Saúde da Criança.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses residentes na área e que estão inscritas no programa Saúde da Criança nas Unidades de Saúde da ESF de Queimadas, Japi/RN.

Meta 2.2: Avaliar a necessidade de tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 2.3: Realizar fluoroterapia em 100% das crianças que apresentam alto risco de cárie;

Meta 2.4: Concluir o tratamento dentário das crianças com primeira consulta odontológica;

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1: Realizar busca ativa em 100% das crianças residentes na área de abrangência que faltaram às consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática;

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Objetivo 5: Promover a saúde das crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças e para as próprias crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 5.2: Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática;

Meta 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Metas propostas para a avaliação da intervenção em enfermagem e medicina:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Metas 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde;

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço;

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa;

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças.

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

2.3 Metodologia

Este projeto de intervenção terá como público-alvo aproximadamente 90 crianças de 6 a 72 meses de idade, que estão inseridas no programa de Saúde da Criança da referida ESF. Para a coleta de dados, utilizaremos uma fichas-espelho de Saúde Bucal personalizada (Apêndice 1) e a de Saúde da Criança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), a qual contempla intervenções da área da medicina e enfermagem (Anexo 1).

Posteriormente, os dados serão inseridos nas planilhas de coleta de dados de saúde bucal e de saúde da criança, em formato *Excel® 2010*, para consolidação e análise.

2.3.1 Ações (com detalhamento)

As ações propostas para obedecer aos objetivos em saúde bucal são categorizadas abaixo:

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da criança

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses residentes na área e que estão inscritas no programa Saúde da Criança nas Unidades de Saúde da ESF de Queimadas, Japi/RN.

Eixo Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar e avaliar o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança e que não tiveram avaliação de saúde bucal.

Detalhamento da ação: Isto é possível checando os prontuários e registros das crianças que estão em atendimento de puericultura na UBS com a enfermeira da equipe.

Eixo Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar uma lista com o nome e endereço das crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS

Detalhamento da ação: Isto é possível a partir dos registros que a enfermeira da equipe mantém.

Ação: Organizar a agenda para as consultas programáticas em dias de atendimento de puericultura.

Detalhamento da ação: estar junto com a enfermeira e com o médico sempre que eles forem realizar atendimentos de puericultura.

Ação: Orientar às mães das crianças que não se retirem da UBS antes de passarem pela avaliação de saúde bucal.

Detalhamento da ação: Isto será função dos ACS e da enfermeira.

Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa.

Detalhamento da ação: Isto será feito através de reuniões bimestrais.

Eixo Engajamento público:

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática nas crianças de 0 a 72 meses de idade.

Detalhamento da ação: Isto será feito através de palestras com uso de manequins de saúde bucal e projeção com slides.

Ação: Informar à comunidade sobre a avaliação de saúde bucal e as consultas odontológicas programáticas para as crianças inscritas no programa Saúde da Criança da UBS.

Detalhamento da ação: Fazer uso dos ACS como meio de comunicação.

Ação: Realizar reuniões periódicas com a equipe para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade.

Detalhamento da ação: Discutir durante as reuniões se as informações repassadas estão tendo impacto positivo junto à comunidade.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da avaliação de saúde bucal e primeira consulta odontológica nas crianças inscritas no programa Saúde da Criança.

Detalhamento da ação: Isto é possível através de encontros e oficinas com a equipe.

Ação: Capacitar os ACS's para informar às famílias das crianças inscritas no programa Saúde da Criança a necessidade de realização da primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da ação: Isto é possível através de encontros e oficinas com os ACS's.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses residentes na área e que estão inscritas no programa Saúde da Criança nas Unidades de Saúde da ESF de Queimadas, Japi/RN;

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da unidade de saúde para que todas passem pela avaliação de saúde bucal.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através do acompanhamento das fichas-espelhos da enfermagem e prontuários.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Coincidir a primeira consulta odontológica com as consultas de rotina para o monitoramento de C e D da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através da organização da agenda de atendimentos junto com a enfermeira e o médico.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para todas as crianças antes mesmo da erupção dos primeiros dentes decíduos.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito durante a primeira consulta odontológica programática e através de palestras.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe e os ACS's na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para todas as mães que levem seus filhos às consultas de acompanhamento de puericultura.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros com os ACS's.

Meta 2.2.: Avaliar a necessidade de tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e/ou avaliar as crianças que estão nos grupos de risco moderado e alto de cárie.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através das avaliações bucais e respectivas anotações em prontuários, fichas-espelhos e planilha de coleta de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar avaliação bucal de todas as crianças durante a primeira consulta odontológica programática aliada à anamnese em busca de fatores de risco.

Detalhamento da ação: Esta ação deverá ser feita a partir do consentimento dos responsáveis em um ambiente com iluminação adequada com o uso de luvas de procedimento e máscaras.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de se realizar o tratamento odontológico adequado nas crianças incluídas nos grupos de moderado e alto risco de cárie.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito durante a primeira consulta odontológica programática e através de palestras.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe e os ACS's na detecção dos principais agravos em saúde bucal e na capacidade de motivar e sensibilizar os responsáveis das crianças pelo tratamento adequado.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros com os ACS's.

Meta 2.3: Realizar fluoroterapia em 100% das crianças que apresentam alto risco de cárie;

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e/ou avaliar as crianças que estão no grupo de alto risco de cárie e que necessitam de fluoroterapia como coadjuvante no tratamento.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através das avaliações bucais e respectivas anotações em prontuários, fichas-espelhos e planilha de coleta de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar fluoroterapia durante o tratamento odontológico das crianças em alto risco de cárie.

Detalhamento da ação: Esta ação deverá ser feita após o estabelecimento do plano de tratamento da criança e nas consultas subsequentes à primeira consulta odontológica.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para cárie e a importância da fluoroterapia como coadjuvante no tratamento odontológico.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito durante a primeira consulta odontológica programática e através de palestras.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe e os ACS's na detecção dos principais agravos em saúde bucal e na capacidade de motivar e sensibilizar os responsáveis das crianças pelo tratamento adequado.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros com os ACS's.

Meta 2.4: Concluir o tratamento dentário das crianças com primeira consulta odontológica.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e/ou avaliar as crianças que estão realizando tratamento dentário.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através dos acompanhamentos dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de coleta de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Realizar agendamentos para as crianças que estão com tratamento dentário pendente.

Detalhamento da ação: Esta ação deverá ser feita em parceria com o outro cirurgião-dentista desta equipe e sua técnica em saúde bucal.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de se finalizar o tratamento dentário, evitando faltas às consultas.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito durante a primeira consulta odontológica programática e através de palestras.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe e os ACS's na motivação e sensibilização dos responsáveis pelas crianças para que não faltem as consultas subsequentes a primeira consulta odontológica.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros com os ACS's.

OBJETIVO3: Melhorar a adesão ao programa Saúde da Criança

Meta 3.1: Realizar busca ativa em 100% das crianças residentes na área de abrangência que faltaram às consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar e/ou avaliar as crianças que faltaram as consultas subsequentes à primeira consulta odontológica

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através dos acompanhamentos dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de coleta de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar as crianças faltosas.

Detalhamento da ação: Esta ação deverá ser feita em parceria com o ACS da área.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância de se finalizar o tratamento odontológico adequadamente.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito durante a primeira consulta odontológica programática e em parceria com o ACS da área.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS.

Detalhamento da ação: Através de consultas periódicas nos arquivos.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Implantar registro específico para o acompanhamento odontológico das crianças com informações relevantes de erupção dentária e malformação craniofacial.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de atualização do prontuário odontológico.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas odontológicas.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros.

OBJETIVO 5: Promover a saúde das crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças e para as próprias crianças com primeira consulta odontológica programática;

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros sobre orientações de saúde bucal às crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de dados.

Ação: Supervisionar e avaliar a escovação dental das crianças inscritas no programa de Saúde da Criança a fim de corrigir erros de posicionamento e orientar as técnicas de forma correta.

Detalhamento da ação: Realizar escovação dental supervisionada durante as consultas odontológicas às crianças que já possuem coordenação motora para a higiene bucal

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e encontros com a equipe.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas odontológicas.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais da equipe e os ACS's para realizarem orientações adequadas sobre higiene bucal, conforme a idade da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros.

Meta 5.2: Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros sobre orientações de dieta às crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre dieta.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e encontros com a equipe.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre a relação da dieta com os principais agravos em saúde bucal.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas odontológicas.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais da equipe e os ACS's para realizarem orientações adequadas sobre dieta e agravos em saúde bucal.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros.

Meta 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros sobre orientações acerca de hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e encontros com a equipe.

Eixo Engajamento público

Ação: Esclarecer a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas odontológicas.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais da equipe e os ACS's para realizarem orientações adequadas sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas e encontros.

As ações propostas para obedecer aos objetivos da enfermagem e medicina são categorizadas abaixo:

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da ESF.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários, fichas-espelhos e planilha de dados.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

Detalhamento da ação: Este cadastro é feito através dos ACS's.

Ação: Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento da ação: Estabelecendo um turno de trabalho específico nas UBS's apenas para o atendimento das crianças, orientando a equipe para que isto ocorra adequadamente.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Ação: Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Detalhamento da ação: Os ACS's devem ser mobilizados para isto.

Eixo Engajamento público

Ação: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de palestras e durante as consultas de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento da ação: Garantir estes materiais junto ao gestor.

Ação: Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento da ação: Garantir impressão do material junto ao gestor

Eixo Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Ação: Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento da ação: Garantir estes materiais junto ao gestor.

Ação: Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento da ação: Garantir impressão do material junto ao gestor

Eixo Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Ação: Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento da ação: Garantir estes materiais junto ao gestor.

Ação: Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento da ação: Garantir impressão do material junto ao gestor

Eixo Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Ação: Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Padronizar a equipe.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Detalhamento da ação: Garantir junto ao gestor encaminhamentos para especialistas.

Eixo Engajamento público

Ação: Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura.

Ação: Informar aos pais e/ou responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Ação: Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Ação: Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

Detalhamento da ação: Organizando de forma eficaz a lista de pedidos

Ação: Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).

Detalhamento da ação: Instruir equipe para que isto aconteça

Ação: Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento da ação: Através do controle diário da temperatura da geladeira.

Ação: Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem deve ser orientada a realizar de forma eficaz este controle.

Ação: Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento da ação: A técnica de enfermagem deve ser orientada a realizar de forma eficaz este controle.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento da ação: Garantir junto ao gestor o estoque adequado.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento da ação: Através de reuniões e estabelecimento de compromissos.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante o diálogo entre a enfermeira e os responsáveis na consulta de puericultura

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de Saúde da Criança.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito através de oficinas de capacitação e reuniões.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir junto ao gestor a realização do teste do pezinho.

Detalhamento da ação: Através de reuniões e estabelecimento de compromissos.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras e consultas de pré-natal.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Detalhamento da ação: Providenciar capacitação ou pactuação junto à maternidade onde ocorrem os partos das crianças do município.

OBJETIVO3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança

Ação: Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e cartões de saúde da criança.

Ação: Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento da ação: Através de registro dos ACS's.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento da ação: Através de parcerias com os ACS's

Ação: Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento da ação: Encaixando-as nos dias de consulta de puericultura da UBS.

Eixo Engajamento público

Ação: Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários, fichas-espelhos e cartões de saúde da criança

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Preencher E-SUS/folha de acompanhamento.

Detalhamento da ação: Realizar o preenchimento durante cada consulta

Ação: Implantar ficha espelho (da caderneta da criança).

Detalhamento da ação: Realizar o preenchimento durante cada consulta

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões.

Ação: Definir o responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

OBJETIVO 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e registros dos ACS's.

Ação: Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento da ação: Reorganizar horários e realizar visitas domiciliares.

Ação: Identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento da ação: Manter-se alerta para o aparecimento de casos.

Eixo Engajamento público

Ação: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, eventos, e consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

OBJETIVO 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento da ação: Através de reuniões e encontros.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, eventos, e consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Ação: Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Ação: Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

Detalhamento da ação: Através de reuniões e encontros.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, eventos, e consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Eixo Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Detalhamento da ação: Através de acompanhamento dos prontuários e fichas-espelhos.

Eixo Organização e gestão do serviço

Ação: Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento da ação: Através de reuniões e encontros.

Eixo Engajamento público

Ação: Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

Detalhamento da ação: Isto deve ser feito durante palestras, eventos, e consultas de pré-natal e de puericultura.

Eixo Qualificação da prática clínica

Ação: Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento da ação: Isto pode ser feito através de reuniões e oficinas de capacitação.

2.3.2 Indicadores

Indicadores propostos para a avaliação da intervenção em saúde bucal:

Indicador 1.1: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Numerador: Número de crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.

Denominador: Número total de crianças entre 6 e 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

Indicador 2.1: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico (C1, E ou F).

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses de idade com fluoroterapia.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com fluoroterapia.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 com necessidade de fluoroterapia (D, E ou F).

Indicador 2.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes à primeira consulta e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas subsequentes à primeira consulta.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.2: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

Numerador: Número de crianças com orientação sobre dieta.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 5.3: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Indicadores propostos para a enfermagem e medicina:

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.1: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.2: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com déficit de peso

Indicador 2.4: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Indicador 2.5: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.7: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.9: Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 3.1: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6.1: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6.2: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 6.3: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança dentro do âmbito da saúde bucal irei adotar o Manual Técnico de Saúde da Criança, assim como o Manual Técnico de Saúde Bucal, ambos publicados em 2006. O prontuário odontológico atual não dispõe de informações acerca de malformações craniofaciais, dieta e aleitamento materno, além de hábitos bucais deletérios, dessa maneira para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será preciso elaborar um novo prontuário que servirá também como ficha de coleta. Estimo alcançar com a intervenção 90 crianças.

Realizarei uma reunião inicial com a gestora municipal de saúde, assim como a coordenadora de atenção básica e a equipe de saúde da ESF de Queimadas. Serão explicadas as metas, objetivos e ações do projeto para sensibilizar a todos quanto a participação e colaboração ativa da equipe, no que concerne o bom andamento do projeto. A equipe da Secretaria Municipal de Saúde será responsável pela reprodução de 90 fichas-espelhos de saúde bucal e do programa de Saúde da Criança.

Para organizar o registro específico do programa, cada ACS me enviará os nomes das crianças de suas áreas que estão em acompanhamento de puericultura dentro desta ESF, ou seja, todas as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança nas 03 UBS's que compõem esta ESF. A enfermeira organizará e informará os dias de atendimento de CD dentro de cada UBS. A primeira semana de cada mês é sempre direcionada aos atendimentos de CD, totalizando 03 dias na semana, 01 para cada UBS, com aproximadamente 12 atendimentos por dia.

Para organizar e gerenciar o serviço, as consultas odontológicas programáticas serão feitas em dias de atendimento de puericultura. Sendo assim, toda a equipe deve orientar às mães das crianças para não se ausentarem da UBS antes da avaliação odontológica. Esta criança terá a sua avaliação de saúde bucal e caso necessite de tratamento odontológico curativo/reabilitador, será encaminhada ao cirurgião-dentista clínico da UBS com dias e horários programados, tendo posteriormente a evolução do seu tratamento acompanhada através de seu prontuário. Para as crianças faltosas, serão realizadas buscas ativas junto com os ACS.

Para monitoramento e avaliação da intervenção, as informações dos prontuários e fichas-espelhos serão checadas semanalmente e repassadas para a planilha eletrônica para serem consolidadas. Serão utilizadas duas planilhas de coleta de dados eletrônicas em formato Excel® 2010(Anexo 2).

Para sensibilizar a comunidade, ocorrerão palestras com as mães das crianças durante os atendimentos de puericultura e antes da intervenção a fim de tirar quaisquer dúvidas a respeito do motivo e da necessidade da avaliação de saúde bucal. Assim como também toda a equipe será mobilizada para orientar e

esclarecer estas mães durante as consultas de CD como um apoio a mais para que não haja resistências.

Para a qualificação da equipe, uma oficina será ministrada a respeito de cronograma de erupção dentária, importância da presença dos dentes decíduos, higiene bucal e dieta, além de hábitos bucais deletérios. Todas estas informações são extremamente relevantes para que os ACS possam realizar a busca ativa e disseminar informações corretas que possam criar confiança na comunidade para que façam adesão à avaliação de saúde bucal de sua criança. A enfermeira e o médico também, a partir desta oficina compreenderão a magnitude desta intervenção. E o cirurgião-dentista clínico da UBS será informado da abertura da agenda que terá que ser feita para atender as crianças do programa de Saúde da Criança encaminhadas da avaliação de saúde bucal para tratamento curativo/reabilitador.

Para realizar a avaliação de saúde bucal será utilizado o espaço de sala de aula dos colégios próximos às unidades com luz do ambiente e materiais, tais como, luvas de procedimentos, máscara de proteção e espátulas de madeira.

As ações propostas pela planilha ministerial da enfermagem e medicina serão feitas pela enfermeira e médico da equipe, assim como pelos ACS. Eles anotarão os dados nas fichas-espelhos, onde serão posteriormente consolidados na planilha de coleta de dados para análise final.

3 Relatório da intervenção

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

As ações foram divididas em quatro eixos pedagógicos, são eles **“Monitoramento e Avaliação”, “Organização e Gestão do Serviço”, “Engajamento Público” e “Qualificação da Prática Clínica”**.

Dentre as ações que foram desenvolvidas na Saúde Bucal, no âmbito do **monitoramento e avaliação**, este foi realizado quanto ao número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança e que não tiveram avaliação de saúde bucal; monitoramento e avaliação periódica do número de crianças inscritas que tiveram avaliação da necessidade de tratamento odontológico, através de fichas-espelho e planilha de coleta de dados; monitoramento, através dos registros da enfermagem, as crianças que estão em acompanhamento de puericultura e que não estão se dirigindo à avaliação de saúde bucal; monitoramento dos registros da saúde bucal da criança na UBS, mantendo atualizados os registros e prontuários; monitoramento dos registros de orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática, mantendo atualizados os prontuários e registros das crianças em primeira consulta odontológica programática.

Na **organização e gestão do serviço**, foram realizadas ações de listagem com o nome e endereço das crianças; organização da agenda para que as primeiras consultas odontológicas programáticas coincidam com os dias de atendimento de puericultura da enfermeira e do médico; orientação às mães das crianças que não se retirem da UBS antes de passarem pela avaliação de saúde bucal; organização de uma lista com o nome e o contato das crianças que necessitam realizar

tratamento odontológico; inclusão das crianças que necessitam de tratamento odontológico na agenda de atendimentos do cirurgião-dentista da UBS (*Figura 3*); implantação de registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das crianças com informações relevantes de erupção dentária e malformação craniofacial através de fichas-espelhos e um prontuário próprio construído com espaço reservado para informações relevantes da odontologia, que geralmente não estão inseridas dentro do prontuário da enfermagem/medicina; preenchimento da ficha de atendimento odontológico individual com o cartão SUS da criança e todas as informações necessárias para inserção no sistema virtual e-sus durante a primeira consulta odontológica programática.



Figura 3. Criança diagnosticada com cárie precoce da infância e incluída no grupo de alto risco com necessidade de tratamento odontológico.

No **engajamento público**, houve esclarecimento e informação à comunidade sobre a importância de realizar consulta odontológica programática nas crianças de 6 a 72 meses de idade através de palestras, projeção com slides e uso dos ACS como meio de comunicação (*Figura 4*); esclarecimento à comunidade sobre a importância de se finalizar o tratamento odontológico adequadamente, de modo a evitar faltas; esclarecimento à comunidade sobre a importância da higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, prevenção de oclusopatias, cronograma de erupção dentária, importância da dentição decídua e como evitar os principais agravos de saúde bucal, através de apresentações visuais e palestras.



Figura 4. Orientação às mães das crianças de puericultura adstritas na UBS de Queimadas sobre a primeira consulta odontológica programática em espaço escolar.

Já na **qualificação da prática clínica** fomos bem sucedidos na capacitação da equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a importância da avaliação de saúde bucal e primeira consulta odontológica nas crianças inscritas no programa Saúde da Criança (*Figuras 4 e 5*); treinamento da equipe no reconhecimento das principais lesões da cavidade oral que afetam a infância e que são facilmente visualizadas; capacitação da equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas; capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança; definição do papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, prevenção de oclusopatias, cronograma de erupção dentária, importância da dentição decídua e como evitar os principais agravos de saúde bucal; capacitação dos profissionais da equipe e os ACS para realizar as orientações preventivas adequadamente.



Figura 5. Acolhimento pela secretária de saúde municipal na capacitação em agravos de saúde bucal para todas as equipes de saúde da família do município de Japi\RN.



Figura 6. Capacitação em principais agravos em saúde bucal ministrada à todas as equipes de saúde da família do município de Japi\RN.

A capacitação da equipe foi uma tarefa bem produtiva, pois a Secretária de Saúde do município, no momento em que divulguei o meu projeto de intervenção,

solicitou que esta ação se estendesse para todas as ESF's. Dessa forma, realizei um momento bem agradável com todos os membros, onde abordei temas relevantes da saúde bucal; exaltei a importância da intervenção, estabelecendo o papel de cada profissional nas ações programáticas; e motivei todos a colaborarem com o bom andamento das atividades (*Figuras 6 e 7*).



Figura 7. Parte das pessoas que compõem as equipes de saúde da família do município de Japi após capacitação em agravos de saúde bucal.

As ações de Saúde Bucal no âmbito do **engajamento público** e **qualificação da prática clínica** foram relativamente fáceis de realizar, pois não dependia de outros membros da equipe para serem realizadas, ou seja, dependeram apenas do meu desejo. Eu não tive nenhum auxílio no planejamento e organização, então tive que sozinha executar todo o trabalho de agendamento de datas, recrutamento da equipe e motivação. A primeira alteração no projeto inicial foi feita neste momento porque tive que colocar para a semana três, a da capacitação, o estabelecimento do papel de cada profissional nas ações da intervenção, alterando o meu cronograma em que esta ação estava na primeira semana. Foi a única chance que tive de reunir todos os profissionais da equipe da ESF de Queimadas ao mesmo tempo.

Outra ação que foi feita apenas parcialmente diz respeito as palestras para os pais das crianças nas diferentes áreas de atuação da ESF, pois fiz o engajamento apenas em dois momentos: com as gestantes na UBS de Queimadas e com os idosos da comunidade de Canoas.

Este engajamento não foi o ideal, claro, mas foi o primeiro passo para colocar em prática a intervenção e, devido às dificuldades estruturais, de transporte e de localização das três UBS's que eu deveria cobrir, foi a forma como consegui realizar o engajamento de forma coletiva, sensibilizando membros da comunidade local. Então, a partir do contato com cada criança e sua mãe na UBS nos momentos de consulta, pude realizar esta ação de forma mais próxima do ideal, contando, inclusive, com a colaboração da enfermeira e dos ACS's.

Já no caso do **monitoramento e avaliação**, assim como da **organização e gestão do serviço**, tive bastante dificuldade até para iniciar a intervenção, pois não pude contar com os dados que inicialmente seriam fornecidos a mim pela enfermeira. Ela mantinha dados antigos, desatualizados e deixava por conta dos ACS's de cada área a marcação das consultas, ou seja, ela não tinha um registro confiável dos nomes das crianças. Sendo assim, o que tive que fazer foi pedir a cada ACS, um a um, encarecidamente, que me fornecessem uma lista das crianças de suas áreas que estavam em acompanhamento de puericultura, na faixa etária de 0 a 72 meses. E foi assim que iniciei a minha listagem e o monitoramento e avaliação dos pequenos inscritos no programa de Saúde da Criança.

Realizei todo o trabalho, desde a organização dos atendimentos, a avaliação bucal, o preenchimento das fichas e a atualização até a manutenção dos registros das informações. Tive bastante dificuldade em organizar as consultas para que acontecessem todas as semanas, pois na prática semanal desta ESF, a agenda é organizada de forma mensal, então só há uma semana dedicada aos atendimentos de puericultura. Com muito empenho, consegui que a cada semana pudessemos realizar um atendimento de puericultura em cada UBS da ESF. (*Figuras 8 e 9*).



Figura 8. Atendimento clínico em uma casa abandonada próxima à UBS, na comunidade de Canoas.



Figura 9. Atendimento clínico na escola da comunidade de Queimadas.

Os ACS's foram fundamentais nesta minha organização, pois eles eram o meio de comunicação com as comunidades e constituíram o maior meio de divulgação e motivação das mães a aderirem à esta ação. (Figura 10)

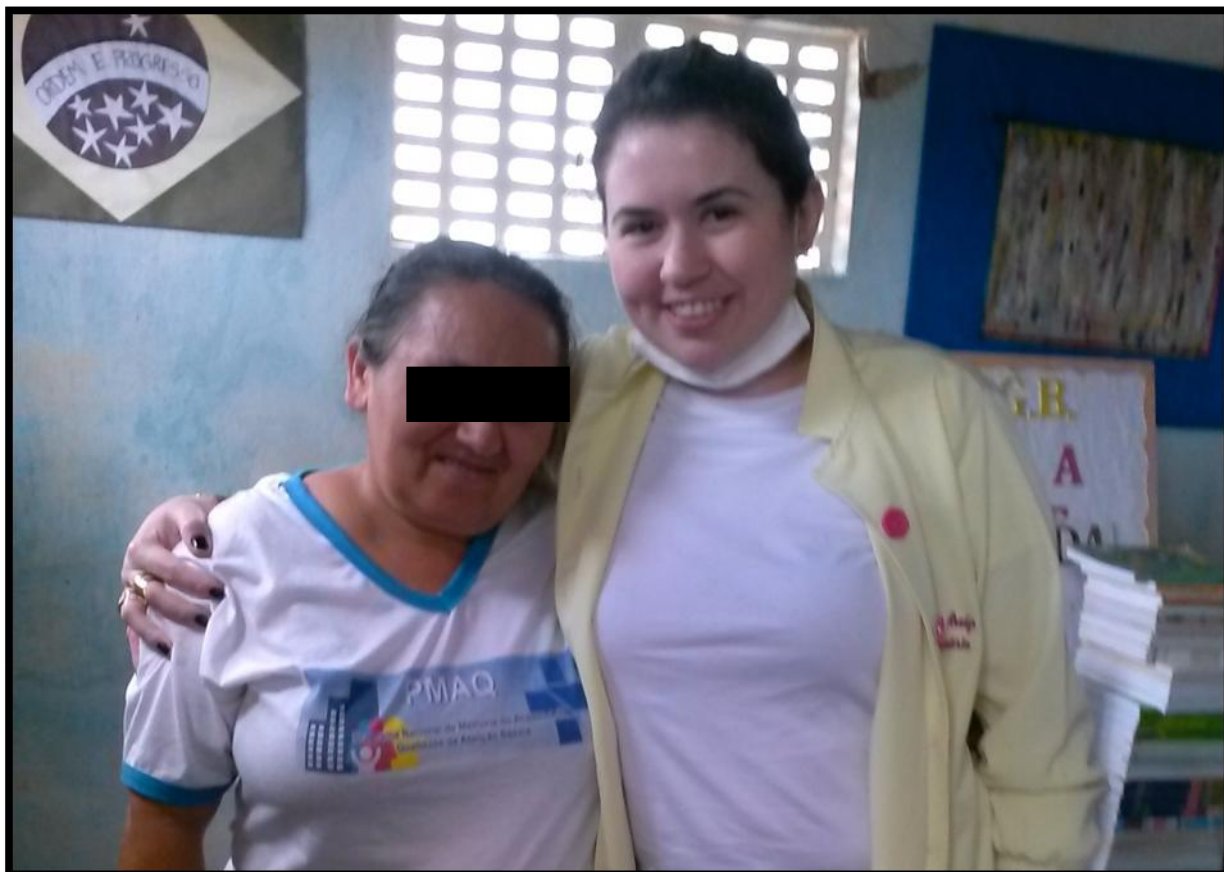


Figura 10. Reconhecimento e gratidão à colaboração dos ACS's na prática da intervenção.

Quanto ao agendamento das crianças com necessidade de tratamento odontológico, esta foi uma tarefa bem difícil porque na época o outro cirurgião-dentista entrou de férias com a sua auxiliar e o meu tempo clínico já era bastante reduzido – salientando que a minha clínica sempre é feita na UBS da zona urbana, o que dificultava o acesso de uma grande parte da população desta ESF. O motivo de eu não clinicar nas UBS's das comunidades de Canoas e Queimadas é porque o outro cirurgião-dentista atende neste espaço em dias específicos que o médico e a enfermeira não atendem, pois só há uma sala para o médico e o cirurgião-dentista – e, nessa lógica, a semana se completa.

Então, apesar de ter encaminhado algumas crianças para este profissional, não obtive respostas quanto à evolução do tratamento destas. Quanto às que foram

para os meus cuidados, poucas se organizaram para ir, pois a UBS se encontra na zona urbana, longe de suas moradias e dependentes de transporte. Esta situação foi e está sendo, definitivamente, a mais difícil de resolver (*Figura 11*).



Figura 11. Atendimento odontológico de criança proveniente de busca ativa na UBS Antônio Batista Barros, localizada na zona urbana de Japi\RN.

E, por fim, temos as ações propostas para alcançar aos objetivos da enfermagem e medicina, que foram, no geral, bem elaboradas, pois já constituíam rotina no serviço.

Estas ações no âmbito do **monitoramento e avaliação** se caracterizaram por monitorar o número de crianças cadastradas no programa, o percentual destas que ingressaram no programa de puericultura durante a primeira semana de vida e das que se foi constatado a mamada na primeira consulta. Além disto, é de rotina realizar o acompanhamento da curva de crescimento; do peso da criança quanto ao déficit ou excesso; do desenvolvimento neuro-cognitivo; das vacinas em atraso; da suplementação de ferro; da triagem auditiva; do teste de pezinho antes dos 7 dias de vida; do cumprimento da periodicidade das consultas previstas em protocolo; do número médio de consultas realizadas; e do registro das orientações em prontuário ou ficha-espelho.

Apesar de eu já ter citado o fato da enfermagem não ter os dados atualizados de todas as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança, prefiro manter as ações de monitorar o número de crianças cadastradas no programa; e cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, como sendo “desenvolvidas”, pois mesmo que a enfermeira não tenha esses dados corretamente, ela, como eu, conta com o auxílio dos ACS's para marcação de consultas e retornos. Como é um trabalho em equipe, gosto de pensar que estas ações são desenvolvidas sim, apesar de não ser em excelência.

Os ACS's, nesta ESF, tem papel fundamental juntamente com a enfermeira e o médico para monitorar as buscas às crianças faltosas; registrar os acompanhamentos da criança na UBS; o número de crianças de alto risco na comunidade que estejam em dia ou não com os acompanhamentos; duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos; e o registro das orientações e atividades educativas coletivas, sejam elas sobre prevenção de acidentes, educação em saúde.

Quanto à **organização e gestão do serviço**, é realizado o cadastro da população entre 0 e 72 meses da área adstrita; a priorização ao atendimento de crianças, em especial às de alto risco; o uso de material adequado para realização das medidas antropométricas e de versão atualizada do protocolo impresso para consulta pela equipe, que é garantido pela Secretaria Municipal de Saúde; o encaminhamento para diagnóstico para crianças com atraso no desenvolvimento; a garantia junto ao gestor da disponibilização das vacinas e materiais necessários

para aplicação; a dispensação de suplementação; organização de visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e acolher as provenientes de buscas; o preenchimento da ficha e-sus e da caderneta da criança, identificando as de alto risco; a pactuação com a equipe do registro das informações e definir o papel de todos na prevenção dos acidentes, na promoção do aleitamento materno, na orientação nutricional e na organização das atividades educativas.

No **engajamento público**, faz-se a orientação da comunidade sobre o programa de Saúde da Criança e seus benefícios, enfatizando as facilidades oferecidas na UBS para a realização deste. Durante as consultas de puericultura, é informado aos pais e/ou responsáveis pela criança como identificar sinais de anormalidade; as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária; o calendário vacinal; os seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde; os fatores de risco para morbidade na infância; os principais acidentes que ocorrem na infância, por faixa etária e formas de prevenção; a importância da suplementação de ferro, do teste auditivo, do teste do pezinho até 7 dias de vida, do acompanhamento regular da criança, do aleitamento materno, e da alimentação adequada.

Além disso, por ser uma ESF da zona rural que necessita de alianças comunitárias para o bom desenvolvimento, também ocorre de forma bem expressiva a promoção à participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento, gestão, avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças.

E, por fim, na **qualificação da prática clínica**, os temas abordados para capacitar a equipe diz respeito às Políticas de Humanização do SUS; os protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; o aconselhamento do aleitamento materno exclusivo; orientação nutricional, a prevenção de acidentes na infância; o monitoramento do desenvolvimento de acordo com a idade da criança; o preenchimento da ficha de desenvolvimento, assim como os registros necessários ao acompanhamento da criança; o registro adequado de vacinas; o treinamento para padronização das técnicas adequadas para realização das medidas; preenchimento e interpretação das curvas de crescimento no cartão da criança; as recomendações de suplementação de sulfato ferroso para o médico; o

treinamento dos ACS's na identificação das crianças em atraso, através do cartão; e ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses.

É importante enfatizar algumas dessas ações, tais como o teste auditivo e o teste do pezinho, que apesar de serem, claro, garantidas junto ao gestor - o que não posso retirar da lista de ações desenvolvidas -, porém os mesmos não são realizados no próprio município. As gestantes são direcionadas no momento do parto para a maternidade situada na cidade vizinha e lá são garantidos estes testes aos bebês.

Outro ponto que merece ser destacado é o controle de estoque das vacinas e seus vencimentos, além da cadeia de frio, pois as duas UBS's que se localizam nas comunidades rurais não possuem sala de vacina, dessa forma, todas as crianças desta ESF são imunizadas na UBS da zona urbana que também tem vínculo com esta equipe. Então, todo este controle das vacinas é feito nesta Unidade e os pais das crianças são orientados para se dirigir até ela a fim de realizar o esquema vacinal. Algumas exceções acontecem a esta regra, tais como pais que não podem levar suas crianças até esta UBS ou em campanhas de vacinação – nestes casos, é organizado um mapeamento dos necessitados e se instala uma base de apoio para vacinação em um determinado dia, seja numa escola perto da comunidade ou em uma das UBS's rurais.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

É fundamental citar algumas ações que não foram desenvolvidas nos quatro aspectos já apresentados pertinentes à saúde bucal. No **monitoramento e avaliação**, não houve monitoramento e/ou avaliação periódica do número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da Unidade a partir dos registros da enfermagem, pois parei de me basear nos registros da enfermeira e passei a consultar apenas os ACS's. Da mesma forma não houve avaliação, através dos prontuários clínicos, da evolução do tratamento odontológico dos encaminhados e agendados para tal atendimento em decorrência de que eu não estou tendo controle das crianças que estão procurando o outro cirurgião-dentista, pois não procurei os prontuários dessas crianças nas suas respectivas UBS's - isto mostra o meu

descumprimento na ação de monitorar e/ou avaliar periodicamente se a demanda para tratamento odontológico está sendo atendida regularmente.

Também não houve a atividade de fluoroterapia nas crianças em alto risco de cárie, pois por erro meu, acabei utilizando a planilha antiga de saúde bucal onde não se encontrava este indicador. Sendo assim, acabei não constando esta ação dentro da minha intervenção.

Em relação à **organização e gestão do serviço**, eu não consegui organizar devidamente as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas juntamente com os ACS's para realizar a avaliação de saúde bucal e devidas orientações. Foi uma tarefa bem difícil realizar esta busca ativa, pois precisei do empenho de ACS's para buscar crianças de áreas em que não tinham sido feitas os atendimentos de puericultura. Por exemplo, existe uma localidade chamada "Casinhas", onde não há atendimento odontológico, apenas da enfermeira e do médico, mas lá eles também realizam acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento. Então, eu precisava ir até lá no dia em que eles fossem fazer este atendimento, no entanto, o dia em que estava tudo acertado para irmos (aquele único dia do mês em que se vai até lá) não deu para irmos, porque houve uma reunião com os pais acerca do bolsa família e concluiu que nenhum profissional foi esse dia para "Casinhas". Ou seja, não consegui incluir na minha amostra as crianças dessa localidade.

A busca ativa foi bem estressante porque era imprescindível que eu sempre associasse o meu momento de avaliação de saúde bucal ao dia de demanda de puericultura em uma das UBS's e que esta fosse justamente a que tivesse crianças faltosas a serem buscadas, pois só assim eu teria transporte para me locomover até a localidade. Com isso atrasei a intervenção, que já estava atrasada e, consegui apenas buscar uma criança com um ACS que conseguiu convencer a mãe a levar o pequeno até a UBS da zona urbana (eu cito repetidamente esta UBS porque apesar dela estar situada na zona urbana, ela também é uma das três UBS's que dão suporte à ESF da zona rural – Queimadas).

Outro ponto que não foi feito diz respeito a supervisionar e avaliar a escovação dental das crianças inscritas no programa de Saúde da Criança a fim de corrigir erros de posicionamento e orientar as técnicas de forma correta, pois como já foi dito, realizei as ações sozinha, além de que as estruturas físicas utilizadas para

a prática das avaliações de saúde bucal foram salas de aula e o alpendre de uma pequena casa abandonada. São ambientes que não oferecem água corrente e condições de se realizar este tipo de prática de forma organizada.

No **engajamento público**, a ação não desenvolvida foi orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde. Pouco toquei a respeito desse assunto e foquei as nossas conversas basicamente nas situações que acometem a saúde bucal das crianças.

E na **qualificação da prática clínica**, não houve reuniões periódicas com a equipe para apresentar e discutir os resultados de monitoramento e/ou avaliação da cobertura do programa ou para estabelecer estratégias de comunicação com a comunidade, discutindo se as informações repassadas estão tendo impacto positivo junto à comunidade. Isto porque estas questões foram sendo feitas de forma bem informal através das conversas com os ACS's e a equipe, geralmente, não tem um cronograma elaborado dessas reuniões, sendo, muitas vezes, até difícil reunir todos os indivíduos ao mesmo tempo.

A capacitação dos cirurgiões-dentistas na conduta do paciente pediátrico e na esfera da odontologia para bebês, exclusivamente, não foi feita. Eles foram solicitados a participar do momento único que tivemos com todas as equipes, porém apenas um compareceu.

Em relação às ações da enfermagem e da medicina, posso citar apenas três ações que não foram desenvolvidas, sendo uma de **organização e gestão do serviço**, que diz respeito ao fato de não ocorrer busca ativa de crianças que não tiveram comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto, pois os partos ocorrem na cidade vizinha através de pactuação, como já mencionado, então orientações pós-parto, assim como os testes auditivos e dos pezinhos são feitos na própria maternidade. Isto já justifica o fato de não haver, de caráter de **qualificação da prática clínica**, a não verificação se todos os profissionais de enfermagem da Unidade estão aptos para realizar o teste do pezinho. A primeira consulta da criança na UBS, geralmente, ocorre com três a quatro semanas de vida.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção

Em se tratando da coleta de dados, é impossível não citar que esta foi uma tarefa exausta pelos vários motivos já comentados no decorrer desta narração, como falta de transporte, área extensa, dinâmica mensal da equipe etc. Além disso, tive uma grande dificuldade no início, pois além de uma ficha-espelho própria, eu planejei uma planilha de saúde bucal personalizada com dados que eu achava interessante coletar. Mas tive o problema de não saber incluir os gráficos e somas automáticas dos indicadores semelhantes aos que a planilha do curso disponibiliza. Sendo assim, precisei me adaptar a uma planilha bloqueada. E então, começaram as mudanças em meu planejamento inicial.

A planilha do curso contempla crianças de 6 a 72 meses, de acordo com a intervenção original proposta, mas a minha intervenção planejada envolvia crianças de 0 a 72 meses. Sendo assim, tive que me adaptar após a coleta dos dados a esta nova planilha, reescrevendo o projeto e excluindo a minha amostra de 0 a 6 meses, contemplando apenas as crianças de 6 a 72 meses, a fim de gerar indicadores e gráficos corretos.

Outro ponto da planilha é a separação por “meses”, o que me confundiu bastante, e acabei repetindo várias vezes o erro de incluir dados no mês errado. Tive que ter sempre o cuidado de organizar o mês correto, levando em consideração as atividades que ocorreram naquele mês, como o registro das crianças, palestra com os responsáveis e capacitação da equipe, fornecendo os dados corretamente.

Uma personalização que fiz na planilha que eu tinha criado foi a separação por ACS, o que me conferia linhas de cor separadas a fim de ter um controle específico da área que aquela criança pertencia, favorecendo um melhor controle para a busca ativa. Mas a do curso também tem este ponto negativo, pois ela não fornece essa possibilidade, tornando-a mais exausta na hora de procurar erros de digitação ou dados duplicados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

Analisando a incorporação do projeto ao serviço e se este é viável à continuidade como rotina, vejo que até umas semanas atrás eu pensava que não seria possível devido a estrutura física das UBS's desta ESF, porém há alguns dias houve uma reforma na UBS Quinado Pontes, na comunidade de Canoas, introduzindo uma nova porta de saída do consultório odontológico, separando os ambientes do médico e do cirurgião-dentista, fazendo com que a equipe trabalhe de forma simultânea. E isto, com certeza, é um grande avanço para a incorporação desta ação de acompanhamento odontológico nas crianças de CD. Claro, transportes ainda será um problema, o que implica diretamente também na dinâmica organizacional dos atendimentos das UBS's.

Porém, é de se afirmar que avanços estão ocorrendo na mentalidade dos profissionais e o que esta intervenção trouxe de concreto foi a exaltação do trabalho da Odontologia dentro da ESF, saindo de um espaço confinado e reservado a uma demanda específica - como se nem fizesse parte de uma equipe multidisciplinar - , e passou a integralizar as ações, fazendo parte de campanhas e eventos educativos com igual importância aos outros profissionais da UBS.

Toda esta intervenção, apesar das dificuldades, serviu como uma semente plantada dentro da rotina da equipe, na mentalidade dos ACS's e na comunidade em geral, que deve a partir dos próximos meses passar a cobrar do cirurgião-dentista, que voltará a ser o único profissional da Odontologia dentro desta ESF, a continuidade desta ação.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Resultados das ações em Saúde Bucal

Objetivo1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses residentes na área e que estão inscritas no programa Saúde da Criança.

Indicador 1.1: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

O indicador de cobertura da primeira consulta odontológica programática no primeiro mês alcançou o percentual de 18.4% e aumentou até o terceiro mês para 47.1%. Das 87 crianças cadastradas, apenas 41 tiveram a sua primeira consulta odontológica. Esse percentual de cobertura ficou muito aquém da almejada com o início da intervenção, que era de 100%. Entretanto, o principal motivo para o baixo indicador de cobertura alcançado e que dificultou muito a realização da intervenção, foi a extensa área rural que compreende a ESF de Queimadas, além do fato das dependências de transporte e da exigência pela simultaneidade com os acompanhamentos de puericultura da equipe de enfermagem e medicina.

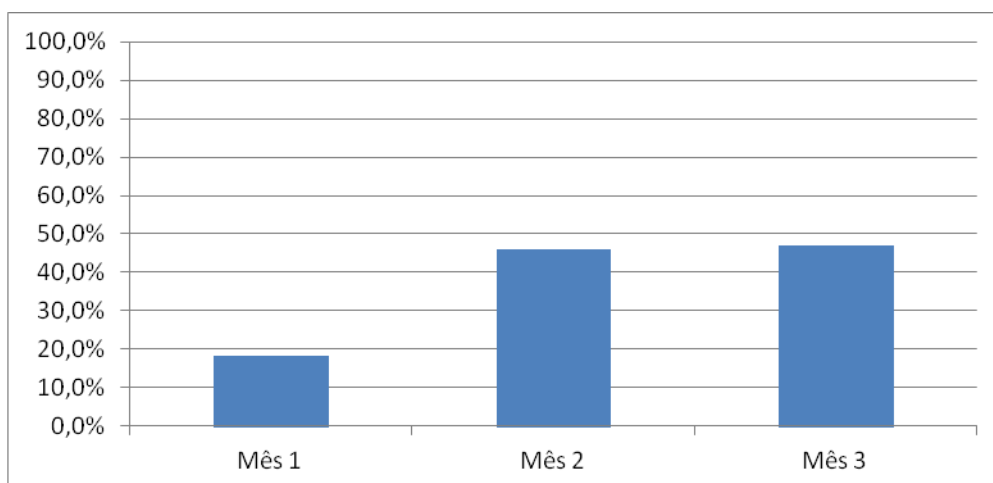


Figura 12. Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança.

Meta 2.1: Avaliar a necessidade de tratamento odontológico em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 2.1: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

O indicador de qualidade da primeira consulta odontológica programática aliada à necessidade de tratamento odontológico alcançou o percentual máximo de 30%. Analisando os três meses de intervenção separadamente, podemos observar que no primeiro mês foram 18,8% de crianças com necessidade de tratamento odontológico, 30% no segundo e 29,3% ao fim do terceiro mês. Essa mudança no percentual deveu-se principalmente ao aumento gradual no número de crianças com primeira consulta odontológica programática no decorrer dos três meses de intervenção. Porém, o valor final de 29,3% do total de crianças de 6 a 72 meses apresentando risco moderado a alto de cárie reflete uma urgência em modificar o padrão de atenção em saúde bucal que este grupo está recebendo.

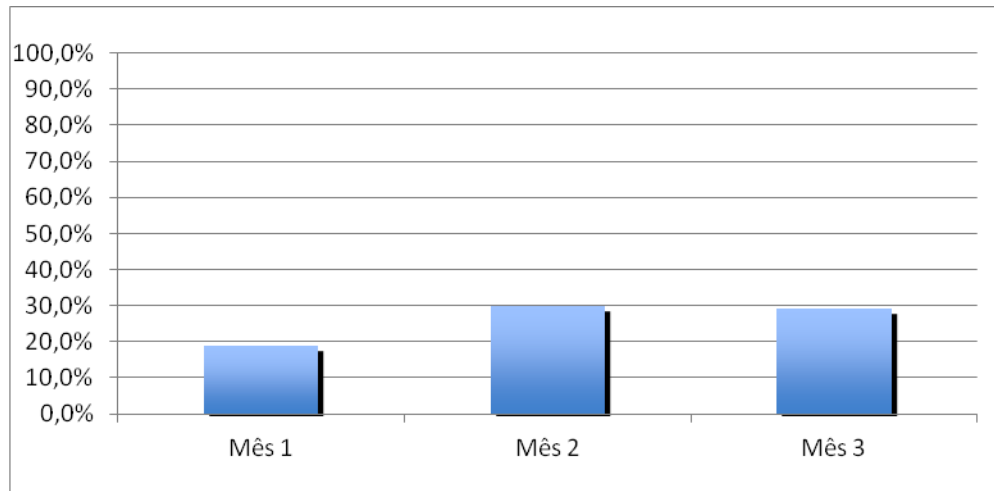


Figura 13: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

Meta 2.2: Avaliar o uso da fluoroterapia em crianças com alto risco de cárie.

Indicador 2.2: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia.

O indicador de qualidade da avaliação do uso da fluoroterapia nas crianças de 6 a 72 meses com alto risco de cárie não pôde ser avaliado, em função desse dado não ter sido colhido efetivamente em planilha durante a intervenção.

Meta 2.3: Avaliar a finalização do tratamento dentário.

Indicador 2.3: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído

O indicador de qualidade para quantidade de crianças com tratamento dentário finalizado exibiu valores de 68,8% no primeiro mês, 70,0% no segundo mês e 70,7% no terceiro mês. Estes valores refletem as crianças que tiveram a primeira consulta odontológica com avaliação bucal e consultas subsequentes relacionadas à orientações e exames. As crianças que possuíam necessidade de tratamento odontológico e foram incluídas no grupo de alto risco de cárie não tiveram seus tratamentos dentários concluídos porque não houve organização eficaz no agendamento das consultas para este fim. O outro cirurgião-dentista da equipe entrou de férias e uma grande demanda foi deslocada para os meus reduzidos horários de prática clínica.

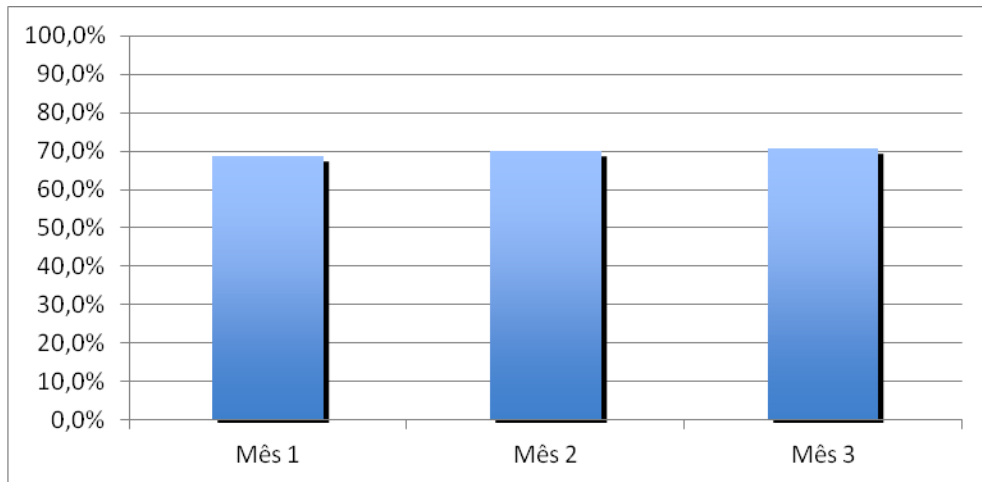


Figura 14: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com tratamento dentário concluído.

Objetivo3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de todas as crianças que faltaram às consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática

Indicador: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

A busca ativa foi realizada no terceiro mês de intervenção, onde conseguimos buscar uma criança que ainda não tinha realizado sua primeira consulta odontológica programática. No entanto, as crianças que tiveram a sua primeira consulta e que faltaram às consultas subsequentes não foram buscadas. Houve uma falta de organização neste aspecto e a problemática maior esteve no agendamento subsequente das crianças com necessidade de tratamento odontológico.

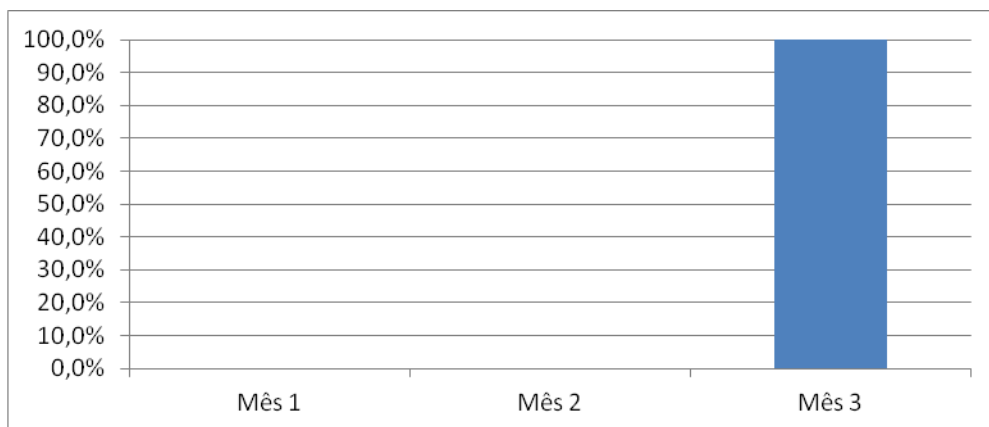


Figura 15: Gráfico indicativo da proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática e das agendadas/encaminhadas ao tratamento odontológico.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado

O indicador de atualização do registro de saúde bucal das crianças com primeira consulta odontológica programática alcançou o percentual de 100% em todos os meses de intervenção. Todas as informações foram coletadas em ficha espelho, anexadas ao prontuário familiar da UBS e integradas à planilha eletrônica, durante os três meses de intervenção.

Objetivo5: Promover a saúde das crianças.

Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal e dieta para 100% dos responsáveis por crianças e para as próprias crianças com primeira consulta odontológica programática que estejam inseridos no programa de Saúde da Criança.

Indicador: Proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal.

O indicador de promoção de saúde acerca de orientações sobre higiene bucal atingiu o percentual de 100% em todos os meses, pois o principal enfoque da primeira consulta odontológica programática diz respeito à educação em saúde bucal.

Meta 5.2: Fornecer orientações sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática que estejam inseridas no programa de Saúde da Criança.

Indicador: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.

O indicador de promoção de saúde acerca de orientações sobre dieta atingiu o percentual de 100% durante toda intervenção, pois é fundamental abordar a amamentação e o uso de açúcares correlacionando-os aos principais agravos em saúde bucal.

Meta 5.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Indicador: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

O indicador de promoção de saúde acerca de orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias atingiu o percentual de 100% em todos os meses.

Resultados das ações de Medicina e Enfermagem

Objetivo1: Ampliar a cobertura do programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

O indicador de cobertura que visava ampliar a atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à ESF de Queimadas atingiu o percentual final de 76.2%. No primeiro mês, foi de 59.2% e nos dois últimos meses foi de 76.2%. Este valor está aquém da expectativa final dos 100% e é justificado, provavelmente, na medida em que muitas crianças após os 24 meses passam a não mais frequentar as consultas de puericultura regularmente, então as crianças incluídas na planilha foram apenas aquelas em que os ACS's tinham o registro de que estavam frequentando a unidade de saúde. Como a área é bem extensa e

estava em um período de reorganização do território de cada ACS, conscientemente afirmo que este indicador não reflete a realidade do serviço. A cobertura real apresenta um percentual bem maior.

Além disso, os valores aqui presentes são diferentes da primeira consulta odontológica programática, pois tivemos perdas de crianças que não se dirigiram à avaliação de saúde bucal. Como as consultas odontológicas funcionavam em um espaço físico separado da UBS, deixamos de realizar a consulta em algumas crianças em que as mães após saírem da sala da enfermagem, preferiram ir embora.

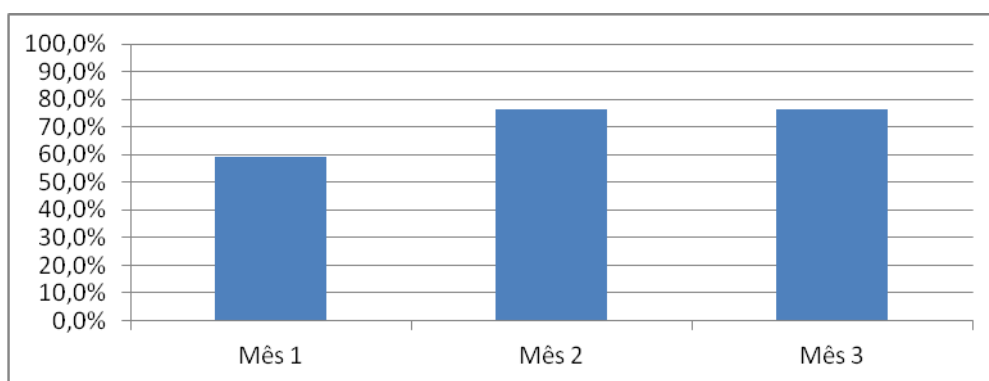


Figura 16: Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Objetivo2: Melhorar a qualidade da atenção à saúde das crianças inscritas no programa Saúde da Criança.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Indicador: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

O indicador de qualidade das crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS não pôde ser avaliado, em decorrência que os partos das gestantes de Japi não acontecem dentro do próprio município, mas em uma maternidade na cidade vizinha de forma pactuada. Então, todas as consultas têm sua primeira consulta de vida na maternidade, assim como os testes de pezinho, auditivo, de olhinho e orelhinha. As crianças são levadas à consulta na UBS por

volta da terceira a quarta semana de vida, quando são devidamente cadastradas no programa de Saúde da Criança.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

O indicador de monitoramento das crianças revela valores abaixo do esperado. No primeiro mês, 22.1%, no segundo mês de 51.5% e no terceiro de 52.5%. Estes percentuais revelam um elevado número de mães que param de levar suas crianças ao monitoramento do crescimento após uma determinada idade, que eu estimo ser a partir dos 24 meses. E em virtude da grande demanda da ESF, os agentes comunitários de saúde não são incentivados a buscar estas crianças faltosas.

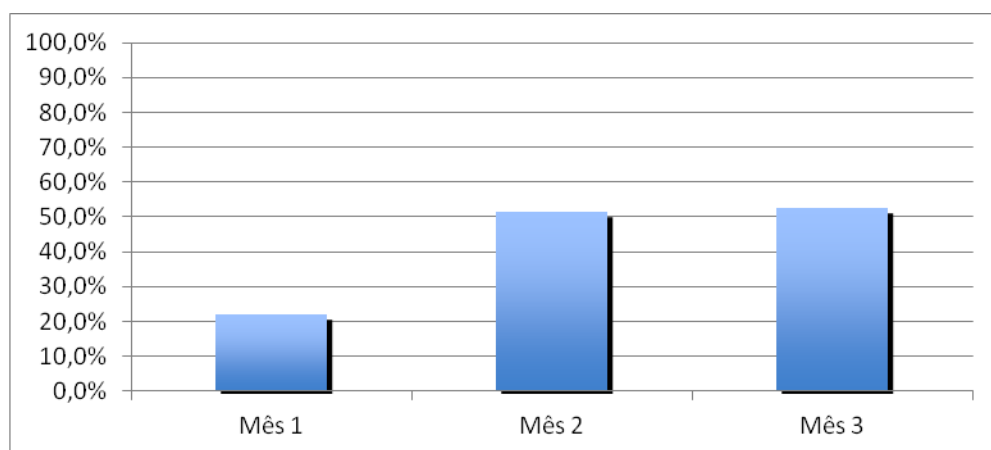


Figura 17: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

O indicador de monitoramento do déficit de peso revelou que nenhuma criança atendida na ESF foi detectada com esta situação. Isto se deve aos acompanhamentos de pré-natal, às orientações nutricionais fornecidas pela maternidade e pela UBS a qual a mãe e a criança estão vinculadas. Além disso, a população deste município conta com uma equipe de assistência social bem atuante.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador: Proporção de crianças com excesso de peso monitorado.

O indicador de monitoramento das crianças com excesso de peso revelou que em apenas uma criança foi detectada tal condição e que esta foi monitorada adequadamente durante o período da intervenção, assim o indicador foi de 100% durante a intervenção.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

O indicador de monitoramento do desenvolvimento, assim como do crescimento revelou as crianças que ainda mantém vínculo ativo com a UBS e que realiza as consultas de puericultura regularmente. Sendo assim, os valores são semelhantes ao do monitoramento do crescimento, que é no primeiro mês de 22.1%, no segundo de 51.5% e no terceiro mês de 52.5%.

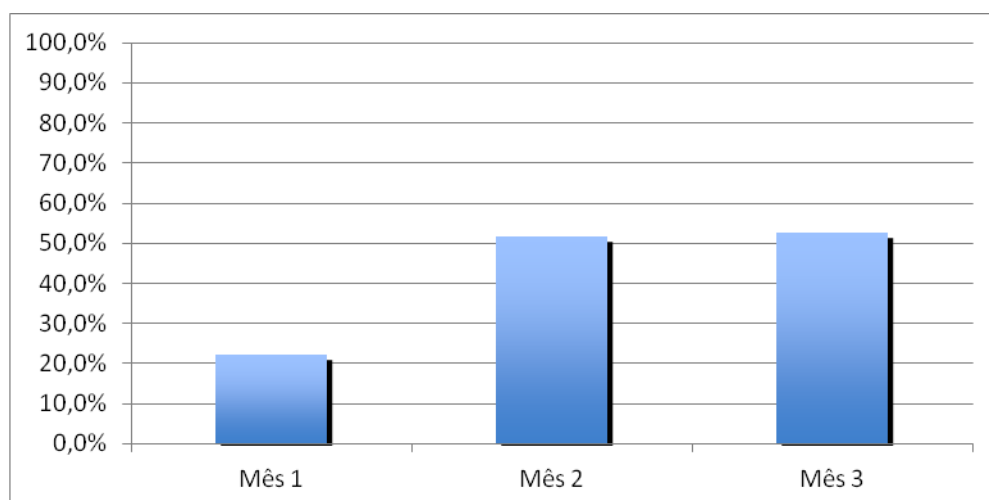


Figura 18: Gráfico indicativo da proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

O indicador de vacinação em dia de acordo com a idade demonstra percentuais semelhantes ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento. Sendo, 22.1% no primeiro mês, 51.5% no segundo e 52.5% no terceiro mês. Ou seja, estes valores revelam que todas as crianças que estão em dia com o seu crescimento e desenvolvimento também estão com a vacinação em dia.

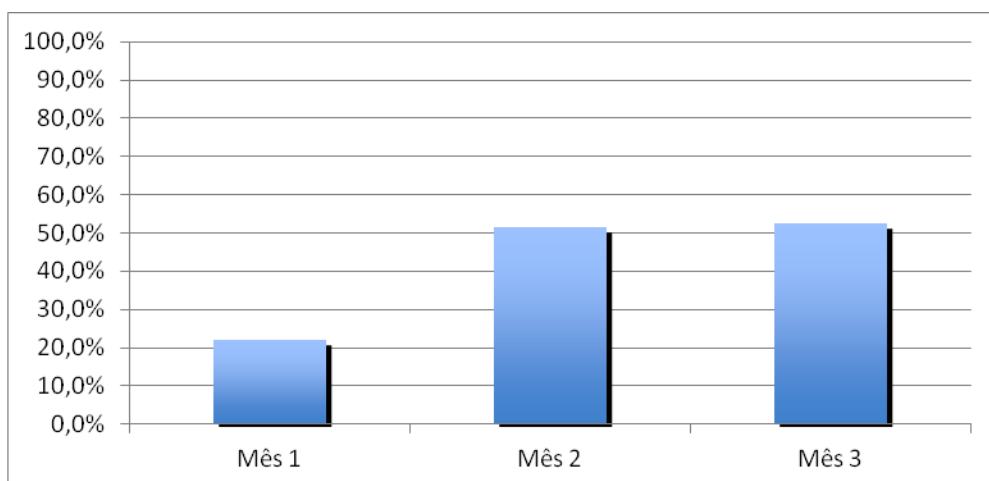


Figura 19: Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Indicador: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

O indicador de suplementação de ferro revela que no primeiro mês tínhamos 50% das crianças e no segundo e terceiro mês tivemos um aumento para 75.8%. O aumento no percentual foi em decorrência do próprio aumento do número de crianças nessa faixa etária com suplementação atendidas no segundo e terceiro mês.

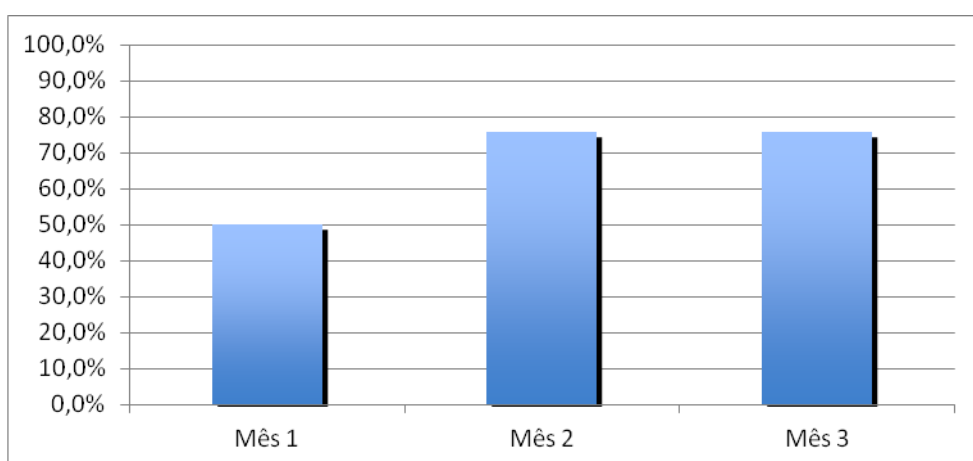


Figura 20: Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças com triagem auditiva.

O indicador de triagem auditiva revela os valores de 22.1% no primeiro mês, 51.5% no segundo e 52.5% no terceiro mês. São percentuais semelhantes aos encontrados no monitoramento do crescimento e desenvolvimento, assim como da vacinação, e evidencia que todas as crianças atendidas na UBS durante o período de intervenção passaram pela triagem auditiva. Este exame é feito na maternidade onde a criança nasceu e não na UBS.

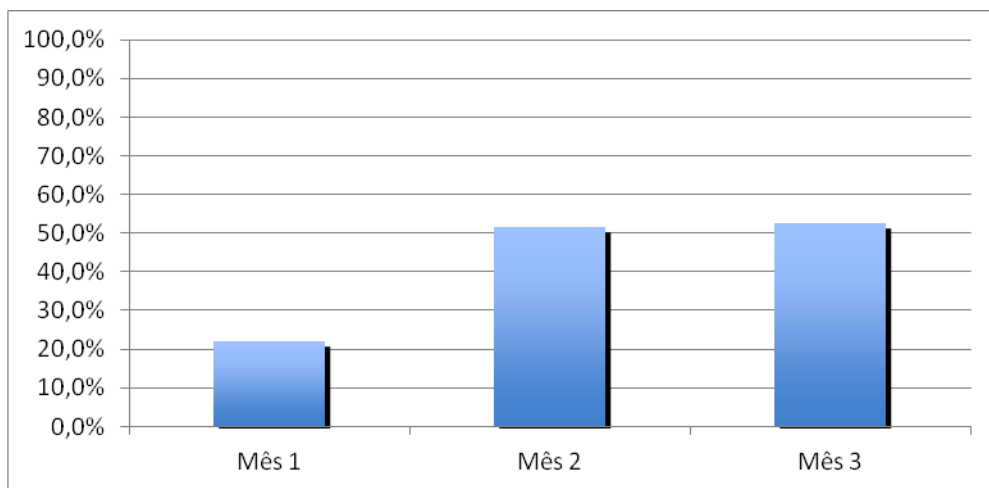


Figura 21: Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador: Proporção de crianças com teste de pezinho realizado até 7 dias de vida.

O indicador do teste de pezinho apresenta valores semelhantes de 22.1% no primeiro mês, de 51.5% no segundo e de 52.5% no terceiro mês semelhantes à alguns indicadores já citados acima e extraídos dos cartões das crianças e fichas-espelhos das que tiveram consultas de puericultura no período da intervenção. As crianças acompanhadas na UBS têm o seu teste de pezinho até os 7 dias de vida garantidos na maternidade. Este exame não é feito na UBS.

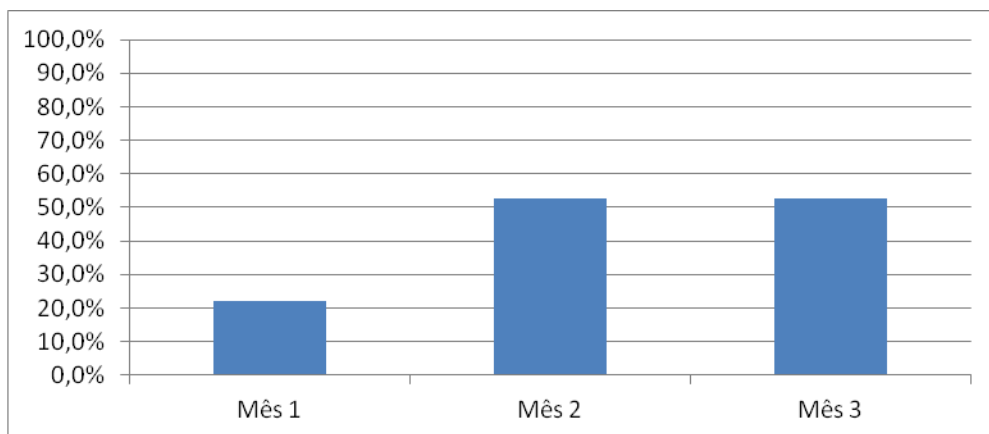


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

Objetivo3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas

Indicador: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas no programa de Saúde da Criança

O indicador de busca ativa revela que 01 criança faltosa às consultas subsequentes de puericultura foi buscada. É evidente, que de acordo com os percentuais revelados acima, muitas crianças deveriam ter sido buscadas, já que muitas mães param de frequentar as consultas após os 24 meses. No entanto, a dinâmica organizacional de atendimentos de puericultura mensais em cada UBS da ESF de Queimadas não fornece a possibilidade de resolução dessa condição. É uma problemática que precisará ser resolvida com toda a equipe e a gestão. Assim, para os 2 primeiros meses, o indicador foi 0% e 100% no último.

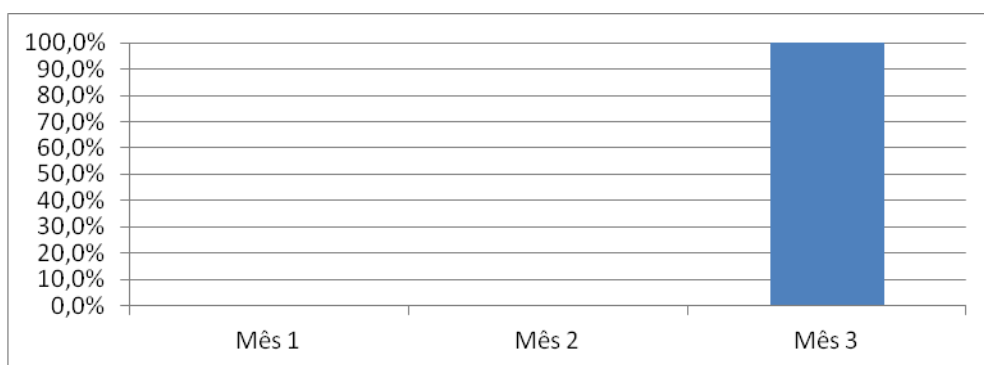


Figura 22: Gráfico indicativo da proporção de busca ativa realizada às crianças com consultas faltosas no programa de Saúde da Criança.

Objetivo4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador: Proporção de crianças com registro atualizado.

O indicador de registro atualizado das crianças mostra que todas as crianças que estão regularmente indo às consultas de puericultura possuem os seus registros atualizados. Sendo assim, temos os valores de 22.1% no primeiro mês, 51.5% no segundo mês e 52.5% no terceiro mês, que são os percentuais atribuídos, dentro do total, das crianças que estão frequentando regularmente a unidade de saúde.

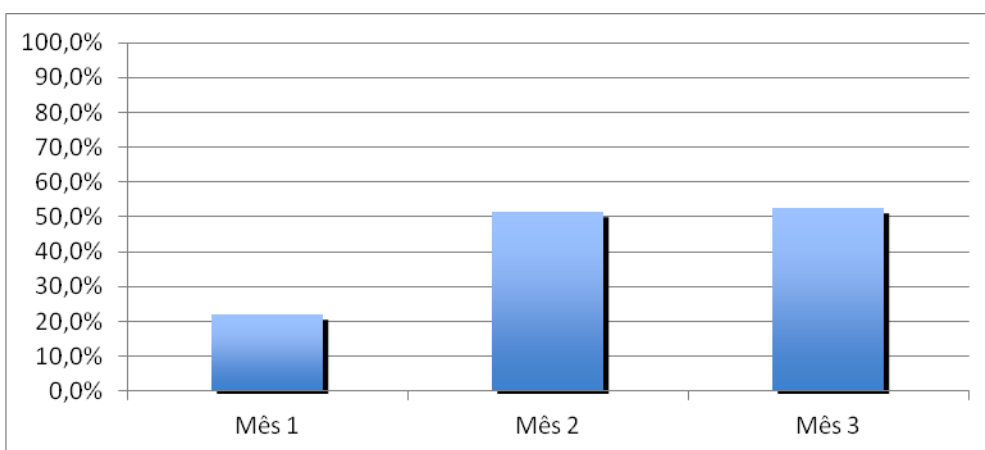


Figura 23: Gráfico indicativo da proporção de crianças com registro atualizado.

Objetivo5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador: Proporção de crianças com avaliação de risco.

O indicador de avaliação de risco é semelhante aos já demonstrados acima. Todas as crianças regularizadas na UBS tiveram sua avaliação de risco. Temos, portanto, os percentuais já conhecidos de 22.1, no primeiro mês, e 51.5% no segundo 52.5% no terceiro mês.

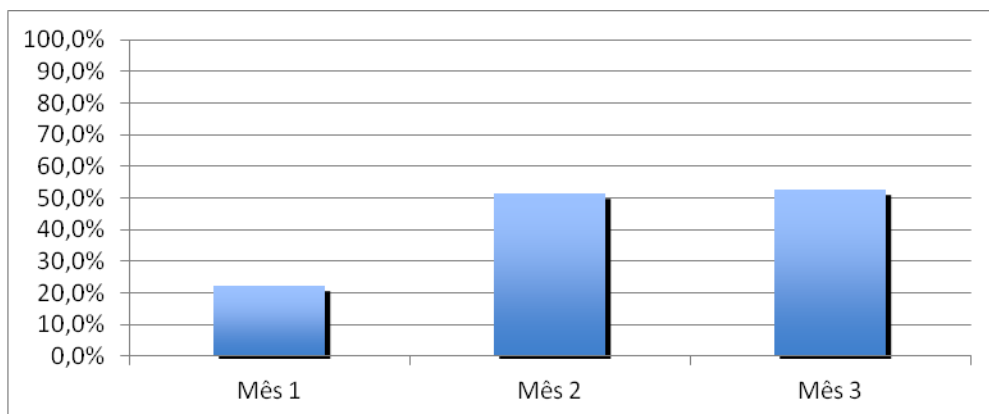


Figura 24: Gráfico indicativo da proporção de crianças com avaliação de risco.

Objetivo6: Promoção de saúde

Meta 6.1: Fornecer orientações sobre prevenção de acidentes na infância para 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

O indicador de orientações sobre prevenção de acidentes na infância não exalta os 100% por não termos 100% das crianças cadastradas sendo acompanhadas regularmente nas unidades de saúde, porém todas as crianças que assim são, receberam orientações nutricionais. Os valores são de 22.1% no primeiro mês e 51.5% no segundo e 52.5% no terceiro mês.

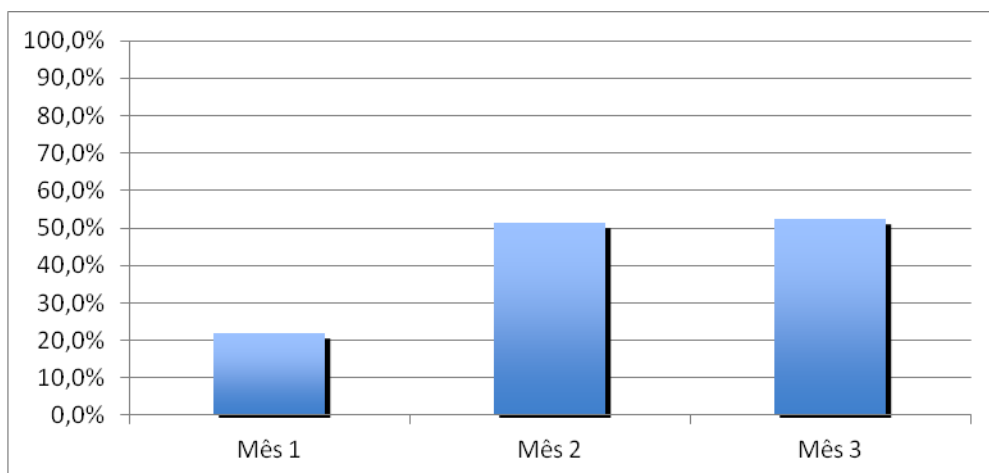


Figura 25: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

O indicador de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta revela os valores de 22.1% no primeiro mês, 51.5% no segundo e 52.5% no terceiro mês, demonstrando que todas as mães das crianças acompanhadas regularmente na UBS informaram que estas foram colocadas para mamar na primeira consulta.

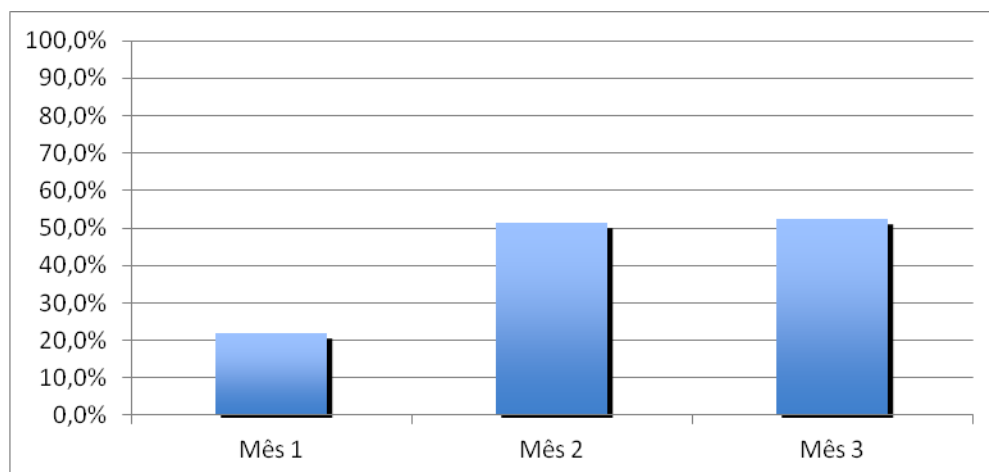


Figura 26: Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar na primeira consulta.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

O indicador de crianças que receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária revela que todas as crianças regularmente acompanhadas na UBS receberam estas informações. Os valores são de 22.1% no primeiro mês, 51.5% no segundo e 52.5% no terceiro mês.

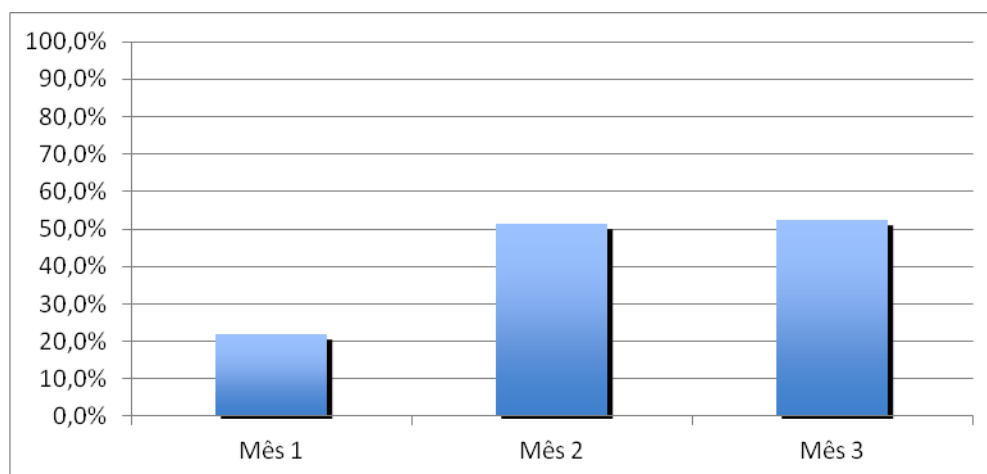


Figura 27: Gráfico indicativo da proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

4.2 Discussão

A intervenção nas unidades básicas de saúde da Estratégia de Saúde da Família de Queimadas propiciou a ampliação da cobertura à atenção a saúde da criança, no âmbito da enfermagem, medicina e odontologia, integralizando o acompanhamento de puericultura e tornando-o cada vez mais multidisciplinar. Possibilitou também a melhoria no registro das informações e o enfoque para a prevenção, principalmente no que concerne à saúde bucal.

Para a equipe, foi exigida a capacitação a fim de seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cuidado à saúde da criança, inclusive ao conhecimento da etiologia e diagnóstico dos principais agravos em saúde bucal. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, cirurgiões-dentistas, técnica de saúde bucal, ACS's e Auxiliar de serviços gerais, enfim, todos da equipe foram mobilizados dentro do campo da intervenção tanto no recrutamento, mobilização e conscientização dos responsáveis das crianças antes, durante e após a consulta rotineira da enfermagem, quanto no contato direto com a comunidade fora dos muros da UBS – sendo os ACS's, técnicos e Auxiliares de Serviços Gerais fundamentais nessa situação por serem líderes atuantes dentro daquelas comunidades.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como a valorização dos trabalhos preventivos da odontologia, na medida em que as

palestras direcionadas aos outros grupos, tais como gestantes e idosos passaram a ter uma maior quantidade de ouvintes. Definitivamente, a intervenção junto às crianças de puericultura possibilitou que as comunidades participantes voltassem um olhar diferente ao cirurgião-dentista da ESF, tirando-nos de uma função de curadores e passaram a nos enxergar como integrantes da unidade de saúde, onde experiências puderam ser compartilhadas e um vínculo maior pôde ser estabelecido.

Antes da intervenção, as atividades de puericultura eram concentradas apenas na enfermeira, com o médico realizando consultas rotineiras de pediatria naquele dia específico. Uma parte da equipe nem tinha compreensão de que o cirurgião-dentista deveria participar dessas consultas. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando uma atenção de âmbito mais qualitativo.

As avaliações de saúde bucal e a melhoria dos registros viabilizou que pudéssemos fazer um panorama geral da saúde bucal das crianças na área adstrita da ESF e possibilitou que muitas dúvidas fossem tiradas por parte dos responsáveis. De fato, contribuiu bastante para entendermos que quando se estar numa consulta a sós com os responsáveis, eles assimilam as informações bem mais que em palestras coletivas. E, claro, puder realizar a avaliação de risco de cárie em cada criança, constatando as necessidades individuais e podendo discutir com os responsáveis os fatores etiológicos foi fundamental para formar um vínculo de corresponsabilidade com os pais e então poder planejar um tratamento a partir disso.

O impacto da intervenção em saúde bucal já é bem percebido por boa parte da comunidade. Algumas mães comentam como esta melhoria repercutirá de forma positiva na vida adulta de seus filhos, pois eles poderão usufruir de uma boa saúde bucal, ao contrário do que muitas delas não possuem atualmente. Além disso, trabalhamos a questão do “medo de dentista” e os responsáveis reconhecem que crianças que passam a frequentar a sala do cirurgião-dentista desde bebês crescem com uma noção diferente do que acontece dentro do consultório, reconhecendo como familiar os movimentos da cadeira, os barulhos das rotações e o manejo no ambiente bucal.

Contudo, ainda temos muitas crianças sem a primeira consulta odontológica programática e outras com tratamentos dentários pendentes. Então, o que eu faria

diferente se fosse realizar a intervenção neste momento a fim de suprir estas problemáticas seria ter procurado mais a colaboração da equipe e da gestão para a problemática de transporte e organização dos dias de puericultura nas três UBS's. Teria também me articulado mais com o outro cirurgião-dentista da equipe a fim de solicitar dele apoio para priorizar o atendimento às crianças.

Foi bem difícil no início conscientizar a equipe da intervenção e integrá-la à rotina, mas agora que a semente foi plantada e o problema estrutural da falta de uma porta exclusiva para o consultório odontológico na UBS Quinado Pontes, na comunidade de Canoas, foi resolvido, será possível que o cirurgião-dentista da ESF dê continuidade à intervenção em duas UBS's (a Antônio Batista Barros localizada na zona urbana e a Quinado Pontes, na zona rural). Falta apenas resolver o problema da porta também na UBS de Queimadas, na comunidade de mesmo nome. Este problema impedia que houvesse atendimentos simultâneos da medicina, enfermagem e odontologia.

Dessa forma, a intervenção poderá ser integrada ao serviço, e com a resolução desses problemas estruturais, toda a UBS usufruirá dos frutos de um trabalho multidisciplinar. Para isto, a gestão e a comunidade precisarão ser melhor esclarecidas da priorização da atenção à saúde da criança, assim como a rotina das UBS's precisará ser adequada para favorecer o envolvimento de todos os profissionais.

Diante disso, também será necessário um adequado registro das informações e utilização de um prontuário único para a enfermagem, medicina e a odontologia, organizando as informações e dando capacidade para a coleta adequada dos dados. Além disso, a demanda precisará ser organizada, exaltando as buscas ativas, visto que este é um ponto frágil bastante perceptível dentro desta ESF, onde os agendamentos ficam por conta dos ACS's e cada UBS tem um atendimento mensal de puericultura – o que não condiz com o preconizado pelo Ministério da Saúde. É preciso rever estas problemáticas em um momento único com a equipe e a gestão, estando ambos prontos a procurar soluções a fim de favorecer a atenção à saúde no serviço.

4.3 Relatório da Intervenção para os gestores

Ilmo^o Gestor

Propor uma intervenção na área de saúde bucal dentro de uma equipe de ESF já consolidada é um desafio. Contudo, ter a oportunidade de oferecer àquelas comunidades uma visão mais ampla do que é fazer Odontologia, proporcionando uma saúde integrada e co-participativa favorece a plantação de boas sementes que gerarão bons frutos a curto, médio e longo prazo.

Durante 3 meses foi realizada uma intervenção com foco na saúde bucal de crianças acompanhadas na ESF de Queimadas, município de Japi\RN. Os resultados obtidos foram muito positivos e o apoio da equipe, comunidade e gestão fundamental. Alterar a dinâmica de toda a equipe para integrar um cirurgião-dentista a mais e modificar a forma de se lidar com a grande demanda de puericultura é definitivamente impactante para todos, inclusive para a gestão do município. Sendo assim, o apoio para que este processo pudesse acontecer, desde o acolhimento da ideia, a impressão das fichas-espelhos e a confiança no trabalho foram essenciais para o bom andamento da intervenção.

Com este trabalho, conseguimos que 47.1% das crianças da área adstrita da ESF de Queimadas realizassem a primeira consulta odontológica programática. Este valor pode não soar de forma surpreendente, porém, tendo em vista que não era uma ação realizada nesta ESF e que contamos com dificuldades estruturais para realizá-la, considero absolutamente como um grande ponto de partida para que o serviço possa inclui-la na rotina e trazer para a equipe e a comunidade frutos bem mais promissores.

Além disso, 100% das crianças atendidas tiveram seus registros de saúde atualizados e receberam orientações, durante a primeira consulta odontológica programática, sobre orientações acerca de higiene bucal, dieta, cronograma de erupção dentária, hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, e prevenção de oclusopatias. Estes procedimentos

Este foi o início de muito que há por vir, pois precisamos ainda adequar a dinâmica de agendamento de consultas, a rotina de atendimentos nas UBS's e a

priorização das demandas especiais, que precisam fugir da centralização da enfermagem e contagiar todos os ambientes dentro das unidades de saúde.

A atenção à saúde da criança é indispensável para a concretização de um sistema de saúde sólido, seja ele municipal, estadual ou federal, e o gestor e os profissionais de saúde são peças cruciais neste processo. Sendo assim, é preciso que o planejamento das atividades dentro das UBS's possa contar com todos os envolvidos e que o espaço físico, a agenda e os eventos de caráter educativos possam favorecer a multidisciplinaridade.

Sabemos que mudanças são impactantes e difíceis até mesmo de se aceitar quando já estamos acostumados há anos com o mesmo processo de trabalho. Mas, se a ciência e o modo de se fazer saúde muda a todo o tempo, por que nós, promotores da saúde, temos que nos manter na inércia? Por que não aliarmos os nossos conhecimentos em prol de um bem comum, que é a comunidade? Até porque os procedimentos com enfoque preventivo que são feitos nas primeiras consultas, tais como avaliação e orientações, possuem um custo bem menor do que os tratamentos curativos.

Então, assim como os profissionais dentro da ESF tem suas tarefas importantes para avançar rumo a um processo de trabalho mais dinâmico e moderno, a gestão tem como papel crucial oferecer condições para que isto possa acontecer – organizar a liberação de transportes para as tarefas nas UBS's da zona rural; estruturar as UBS's para que os trabalhos dos profissionais possam ocorrer simultaneamente e de forma menos insalubre possível; e promover espaços de discussão entre equipe e gestão a fim de solucionar problemas internos e de insatisfação do processo de trabalho, visto que as UBS's não contam com um administrador.

Embora os desafios sejam muitos, acredito que a união da equipe e gestão será capaz de superar muitas barreiras e juntas trarão benefícios para todos, seja reduzindo os tratamentos curativos onerosos como melhorando a demanda reprimida e otimizando a evolução dos indicadores.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

O sistema de saúde no Brasil tem evoluído muito durante os anos. O acompanhamento de pré-natal na UBS, a visita domiciliar pós-parto e os exames e testes que são feitos no bebê na maternidade e durante as consultas de CD favorecem que a mãe se sinta mais segura no crescimento e desenvolvimento do seu filho, assim como a criança recebe melhores cuidados da sua mãe que está sempre sendo orientada e assistida por toda a equipe da UBS.

Contudo, é importante pensarmos na saúde total da criança e por esta razão o Ministério da Saúde recomenda que bebês a partir dos 6 meses de idade tenham a sua primeira consulta odontológica. A importância deste momento está principalmente nas orientações quanto à higiene bucal, o tipo de escova e creme dental a serem utilizados, os hábitos de chupar o dedo e chupeta, o momento certo de cada dente aparecer na boca e como podemos evitar alguns problemas que todos nós tememos, como as cáries, a dor e a perda do dente antes do tempo.

Além disso, já é bem sabido por todos nós que crianças que frequentam desde novinhas a sala do dentista, se acostumam com o ambiente e com o profissional e passam a não temer as consultas odontológicas e, claro, refletem uma melhor saúde bucal do que aquelas que nunca vão ao dentista regularmente.

Assim, durante três meses de intervenção, realizamos a primeira consulta odontológica em quase metade das crianças da área da ESF de Queimadas, envolvendo as UBS's das comunidades de Queimadas, Canoas e as que possuem seus atendimentos na UBS da zona urbana, Antônio Batista Barros. Nestes momentos pudemos tirar dúvidas das mães, orientar a higiene bucal, diagnosticar cáries em dentes de leite despercebidas pelos pais, agendar e tratar algumas crianças sem que elas precisassem passar pela fila da demanda habitual. Ou seja, todos os atendimentos tem o compromisso da paciência, zelo e compreensão que os pais tanto anseiam na hora de levar o seu pequeno ao dentista.

Então, embora os atendimentos de puericultura passem a ser mais demorados, pois envolvem além do contato com a enfermeira também a consulta com o dentista, é preciso que possamos ir mais além nas nossas ideias e

pensarmos no benefício que este momento trará para o futuro de cada criança atendida.

A insatisfação por o dentista ter disponibilizado toda uma manhã só para a saúde da criança, enquanto poderia estar atendendo os adultos também deve ser revista, pois é neste momento que dúvidas serão tiradas, que atendimentos serão agendados e que os pais terão a oportunidade de trazer os seus filhos para consultas calmas e voltadas apenas ao público infantil. Lembra quando se reclamava que é difícil agendar consulta de criança ou que o dentista não tem paciência porque fica muita gente do lado de fora esperando? É com esta ação que poderemos reduzir filas, aperfeiçoar o atendimento odontopediátrico e oferecer uma odontologia mais completa.

É direito de toda criança ter esta consulta odontológica dentro da sua UBS em que se realiza as suas consultas de puericultura, sendo assim, é fundamental que se esta atividade não se torne rotina, a comunidade deve procurar meios para que isto aconteça junto à equipe e ao gestor. Muitos benefícios já podem ser vistos, mas muito ainda pode melhorar, e precisamos do apoio de vocês, esta é uma atividade que trará repercussões magníficas em toda a comunidade em um futuro bem próximo.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

O final chegou. Os resultados foram exibidos e a experiência compartilhada. Hoje sinto que o tempo passou tão rápido, mas por tantos momentos achei que este dia, o final, não chegaria. Pensei que não conseguiria finalizar o curso e nem colocar em prática a intervenção com êxito, mas neste instante tenho o sentimento de trabalho realizado com o alívio de poder ter chegado tão longe apesar dos momentos de desânimo e cansaço. Foram muitos os desafios para que hoje pudesse escrever esta reflexão. E, definitivamente, sem o envolvimento de outros personagens, esta história não poderia ser contada.

Tudo começou na visualização e constatação de uma equipe carente de um trabalho multidisciplinar com comunidades desprovidas de um envolvimento motivador e moderno no contexto da Odontologia. A escolha pelo trabalho com esta ESF e a temática da intervenção surgiu do incômodo, da não satisfação do que já estava lá há anos. Contudo, estar incomodada não lhe traz bons olhares e poucos são os que abraçam uma nova dinâmica. Este foi o primeiro desafio.

O projeto de intervenção foi abraçado e apoiado teoricamente por todos, afinal, isto traria benefícios para as UBS's desta ESF e para a comunidade. Sim, porém, precisava-se adequar à velha equipe ao novo processo de trabalho, e isto não foi fácil. Foi difícil motivar, organizar e tornar a minha presença comum naquele ambiente onde se estava habituado apenas a presença do médico e da enfermeira.

Mas nesta ESF já existia uma equipe de saúde bucal, então como se trabalhar concomitante com outro cirurgião-dentista, sem invadir o espaço dele e tornar o meu trabalho o mínimo inconveniente aos outros? Também não foi fácil.

Foram necessários momentos de reflexão para me adequar a trabalhar sozinha, sem o auxílio de uma técnica ou auxiliar em saúde bucal e contando com os recursos disponíveis, como salas de aula das escolas vizinhas ou qualquer espaço onde se pudesse realizar as avaliações bucais. Eu precisei me tornar mais organizada possível e o menos tímida, para que pudesse correr atrás dos ACS's e dos líderes comunitários em busca de auxílio com os locais de atendimentos, de lutar por uma vaga no transporte dos profissionais e torcer para que eu não chegasse atrasada suficiente para ser deixada para trás.

Então, toda essa experiência de construir uma ideia e colocá-la em prática sozinha, me fez lapidar a independência e focar no objetivo final sem levar em consideração comentários ou considerações inoportunas. É difícil justificar a todo instante que o seu trabalho não é uma espécie de “marketing” para ocupar o lugar do outro profissional.

No fim, posso dizer que apesar dos muitos momentos de dúvida se isto valeria a pena, o objetivo da intervenção estava acima de qualquer sentimento negativo. Afinal, as vezes as coisas não saem como imaginávamos mas a sensação de estar neste instante tecendo estas palavras torna os problemas pequenos, tendo em vista que a intervenção me proporcionou um conhecimento mais apropriado acerca de prevenção em saúde bucal e atenção à saúde da criança, além de exaltação de valores, como paciência, organização e empatia.

Buscar a empatia é de fundamental importância para a vida do profissional da saúde, tendo em vista que no momento em que você pretender mudar hábitos e interferir no modo do outro ver o que é saúde, é preciso se colocar no contexto ambiental, familiar e social daquele sujeito. E isto não se aprende dentro dos muros da universidade, nem isso e nem o incômodo.

Além disso, o curso de especialização em saúde da família trouxe consigo a capacidade de vencer um objetivo final a partir da manutenção de uma disciplina de produção semanal. Foi com atividades semanais que este trabalho de conclusão pôde ser escrito e isto traz consigo a lição de visualizar um contexto amplo, dividi-lo em etapas e construí-lo com dedicação.

Bibliografia

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Section of Pediatric Dentistry. Oral health risk assessment timing and establishment of the dental home. **Pediatrics**, Evanston, v. 111, n.5, p. 1113-1116, May 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

_____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 24 out. 2011. Seção 1, p. 48-55.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico em Saúde Bucal**. Brasília, 2006.


_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual Técnico em Saúde da Criança**. Brasília, 2006


KRAMER, P.F. et al. Utilização de serviços odontológicos por crianças de 0 a 5 anos de idade no município de Canela, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 150-156, Jan 2008.

ANEXOS

ANEXO 1 – FICHA ESPELHO

Saúde da criança





**Especialização em
Saúde da Família**
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ____/____/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Endereço: _____ Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Peso ao nascer: _____ g Comprimento ao nascer _____ cm Perímetro cefálico _____ cm Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ Idade gestacional: _____ semanas _____ dias

Tipo de parto _____ Tipagem sanguínea _____

Manobra de Ortolani () negativo () positivo Teste do reflexo vermelho () normal () alterado Teste do pezinho () não () sim Realizado em: ____/____/____

Fenilcetunúria () normal () alterado / Hipotireoidismo () normal () alterado / Anemia falciforme () normal () alterado / Observações: _____

_____ Triagem auditiva () não () sim Realizado em: ____/____/____ Testes realizados: () PEATE () EOA resultados: OD () normal () alterado OE () normal () alterado

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Triplíce viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Tetra viral Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		Outra: Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	VPO Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____				Outra: Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____
			Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____					Outra: Data: ____/____/____ Lote: _____ Ass: _____




Especialização em
Saúde da Família
e Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA
FICHA ESPELHO[illegible]

[illegible]

Saúde Bucal da criança

[illegible]

ANEXO 3 – DOCUMENTO DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE MEDICINA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA


OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.


Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL



APÊNDICES

APÊNDICE 1: FICHA ESPELHO DE SAÚDE BUCAL

SAÚDE BUCAL EM PRÉ-ESCOLARES E ESCOLARES DO PROGRAMA “SAÚDE DA CRIANÇA”

FICHA ODONTOLÓGICA

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE QUEIMADAS

Data do ingresso no programa:	
Número do prontuário:	Cartão SUS:
Nome completo:	
Nome da Mãe:	
Nome do Pai:	
Endereço:	
Data de Nascimento:	
Naturalidade:	

CONSULTA ODONTOLÓGICA NA UBS								
Data								
Idade (meses)								
Avaliação clínica individual								
Relação maxilo- mandibular (compatível/alterada/não se aplica)								
Lábios e mucosas (normal/ alterado)								
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)								
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)								
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)								
Presença de malocclusão (sim/não/não se aplica)								
Caracterização das consultas								
Primeira Consulta Odontológica Programática (sim/ não/ não se aplica)								
Necessidade de								

tratamento odontológico (sim/ não)								
Realizou busca ativa (sim/não)								
Atividades preventivas-educativas individuais								
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)								
Orientação sobre amamentação/uso de açúcar (sim/não)								
Orientação sobre limpeza bucal/ escovação (sim/não)								
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)								
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva (sim/não)								
Orientação sobre cronologia de erupção dentária (sim/ não)								
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)								
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)								
Assinatura do profissional								